


3 1761 11557135 8





Digitized by the Internet Archive  
in 2022 with funding from  
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761115571358>







# Canada's National-Provincial Health Program for the 1980's

---

---

*'A Commitment for Renewal'*

---

---



Government  
Publications

# Canada's National-Provincial Health Program for the 1980's





© Crown Copyrights reserved

Translator: Professor R. Gautier  
 Photocomposition: Comtype Word Processing Services Ltd.  
 and  
 Aviation Training Systems Ltd. (Printing Division)  
 Printing: Craft Litho Ltd.  
 Binding: Universal Bindery (Sask.) Ltd.  
 Saskatoon, Saskatchewan

**HEALTH SERVICES REVIEW '79****EXAMEN DES SERVICES DE SANTE '79**

August 29, 1980

The Honourable Monique Bégin  
Minister of National Health and Welfare  
Ottawa, Ontario

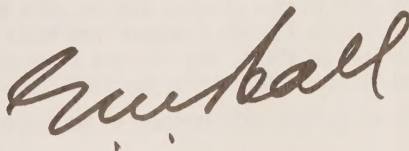
Dear Miss Bégin:

Herewith my Report as Special Commissioner appointed by the Honourable David Crombie to review the state of health services in Canada as directed in the Terms of Reference agreed to with Mr. Crombie and the Provincial Ministers of Health following their meeting of September 17, 1979.

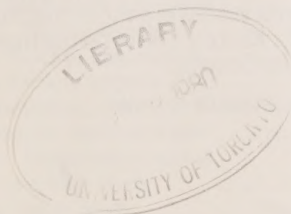
I held public hearings in every Province and the North West Territories. I received some 450 submissions all told from those hearings and by mail.

I commissioned a number of studies which I am sending to the Department of National Health and Welfare so that they will be available for Departmental use and for scholars and researchers. Copies of all submissions received at the public hearings are already in your Department.

Yours sincerely,



Emmett M. Hall



## Acknowledgements

In carrying out the task committed to me, I received the co-operation and support of the health professions, labour and business groups as well as many voluntary organizations and individuals. I am indebted to all for a wide range of submissions and suggestions. Some 450 briefs were received. I was helped greatly by the Department of National Health and Welfare and its officials and by all the Provincial Governments and their Health Commissions and officials. All requests which I made for data or statistics were quickly met including supplementary information from many sources.

To all who submitted briefs and to those who appeared at the hearings in all ten Provinces and the Northwest Territories, I am most grateful. The public response was widespread and articulate. Many individual physicians as well as a number of medical groups expressed their opinions on many aspects of health services.

My research director was Dr. Malcolm G. Taylor of York University, an acknowledged authority and author in the health field. Dr. Taylor assumed the prime responsibility of making an in-depth study of Federal and Provincial financial contributions to the hospital and medical programs. He carried out this assignment very thoroughly. Chapter 2 is principally his contribution and Tables 1 to 9 demonstrate the scope of his investigation. These Tables fix beyond dispute the contributions the two levels of Government and have made and are making to the health programs.

I was fortunate to have the assistance in Montreal of Dr. Alice Girard who was a co-author of The Health Charter for Canada in 1964.

I had a limited staff including Mr. Donald N. MacLeod, loaned to me by the Department in Ottawa. Mr. MacLeod had the task of arranging the public hearings which he did most efficiently.

I wish to record my deep appreciation to Mrs. Louise Cyr who acted initially in the capacity of executive secretary and later took over the duties of controller and treasurer. In the closing stages, she supervised the translation and printing of the Report. Mrs. Lucille Classen and Miss Diane Morris also were most helpful and I am indebted to them. My thanks also go to Mr. R. Klotz of the Department for his invaluable assistance to my staff from his office in Ottawa.

To all others who helped in so many ways, my sincere thanks.

A handwritten signature in dark ink, reading "Emmett M. Hall". The signature is written in a cursive, flowing style with a large, prominent "E" and "H".

Emmett M. Hall



## Table of Contents

<b>Chapter 1</b>	<b>Page</b>
Terms of Reference .....	1
Conduct of the Review .....	2
The Health Program .....	2
The Hospital Insurance Act .....	3
The Royal Commission Report .....	5
The Medical Care Act (1966) .....	6
Declaration of Principles .....	7
<b>Chapter 2</b>	
The Established Programs Fiscal Arrangements Act .....	9
Conclusion on Diversion of Funds .....	11
Financial Effects and EPF .....	11
The Future .....	13
Cost-Sharing with Have-Not Provinces .....	13
Tables 1 - 9 .....	14-22
<b>Chapter 3</b>	
The Dominant Issues .....	23
The Medical Profession	
The State	
A Solution	
The Stoddart and Woodward Study .....	24
Extra-Billing .....	25
The Real Problem	
Compulsion	
Concerns of Physicians	
Conclusions of Recommendations	
The Fee Schedule .....	28
Opting Out	
Recommendations	
The Saskatoon Agreement .....	29
Recommendation	
The Quebec Legislation .....	30
The Ontario Legislation .....	31
Extra-Billing, Denial of Accessibility .....	31
Physician Remuneration .....	32
Recommendations	
The Wolfson Study .....	32
The Fraser Study .....	32
Doctor Supply .....	33
A Manpower Study	
Participation of Deans of Medicine	
The Advisory Council on the Status of Women	
Tables 10 - 11 .....	36-37

Chapter 4

The National Standards .....	39
Portability	
Comprehensiveness	
Accessibility	
Premiums	
Ward Charges	
'User Pay'	
Closing of Beds	
Public Administration	
Universal Coverage	
Premiums	
Other Services	
Children's Dental Programs	
Unfulfilled Expectations	
The Future	

Chapter 5

Hospitals .....	49
Table 15 Ratios	
The Future	
Population Projections	
Projected Requirements	
Costs	
Savings	
Tables 12 - 19 .....	52-59
The Canadian Hospital Association .....	60
Teaching Hospitals	
Health Council of Canada	
The Canadian Council on Hospital Accreditation .....	61

Chapter 6

Life-Styles and Health Care .....	63
Preventive Medicine .....	63
Economic Benefits of Health Care	
Professor Wildavsky Article	
Rehabilitative Medicine .....	66
Dr. Gingras Article	
Self-Help, Mutual Aid and Health .....	68
The Leukemia Group, Montreal	
The Mount Carmel Clinic, Winnipeg	
Community Health Care .....	69
Recommendation	

## Chapter 7

The Canadian Nurses' Association Brief .....	71
The 'All on Salary' Concept	
Community Health Clinics	
Nursing Approaches to Health Care .....	72
Nurses as Primary Case Workers	
Nurses and the New Points of Entry	
Recommendation .....	74
Tables 20 — 25 .....	80-85

## Chapter 8

Frontier and Outpost Services .....	87
Nursing Stations	
Air Ambulance Service	
Manitoba Medical School .....	87
Thunder Bay Hearing .....	87
Labrador .....	88
Dr. Sarsfield Report	
The Grenfell Institute	
Indian Health Services .....	89
Federation of Saskatchewan Indians	
National Indian Brotherhood	
Indian Association of Alberta	
Union of British Columbia Indians	
Recommendations .....	91

## Chapter 9

Health Professionals .....	95
Psychological Services	
Pharmacists	
Optometrists	
Chiropractors	
Prosthetic Service .....	99
Abortion .....	100
Fluoridation .....	100
Professional Sports Injuries Costs .....	100
Conclusion .....	101
Funding	
Need for Research	
Co-operation	
Priority of Health Services	
Hearings .....	102





## CHAPTER 1

### The Terms of Reference

The Terms of Reference quote the *The Health Charter for Canada* proposed for adoption by the Royal Commission on Health Services in Volume 1 of its report published in 1964.<sup>1</sup>

#### The Health Charter for Canada reads:

"The achievement of the highest possible health standards for all our people must become a primary objective of national policy and a cohesive factor contributing to national unity, involving individual and community responsibilities and actions. This objective can best be achieved through a comprehensive, universal *Health Services Program* for the Canadian people.

**Implemented** in accordance with Canada's evolving constitutional arrangements;

**Based** upon freedom of choice, and upon free and self-governing professions;

**Financed** through prepayment arrangements;

**Accomplished** through the full co-operation of the general public, the health professions, voluntary agencies, all political parties and governments, federal, provincial, and municipal;

**Directed** towards the most effective use of the nation's health resources to attain the highest possible levels of physical and mental well-being."

#### The preamble to my Terms of Reference reads:

1. "The federal *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* has been in existence for 21 years and the *Medical Care Act* has been in existence for 11 years.
2. The social and economic climate within which publicly financed health insurance programs operate has changed significantly over that period.
3. Health care priorities and technology have been under constant development.
4. Health insurance programs themselves have evolved over the period in question and the federal and provincial financial arrangements related to these programs have been changed.
5. Various groups and individuals have expressed concern with some aspects of the health care delivery system.
6. Provincial ministers have pledged their 'full support in any activities aimed at clarification and re-evaluation of health care programs.' "

---

<sup>1</sup> Royal Commission on Health Services, (1964), Volume 1, p. 11.

Upon this foundation, I was charged as follows to:

- ✓ 1. Consider the extent to which the goals of the *Charter of Health for Canadians* have been met;
2. Examine the extent to which the principles of portability, reasonable access, universal coverage, comprehensive coverage, public administration, reasonable compensation and uniform terms and conditions are being achieved;
3. Consider whether there should be other basic principles underlying health insurance delivery;
4. Consider the nature and extent of necessary revisions to the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* and the *Medical Care Act* and related legislation;
5. Consider other means by which public authorities may best comply with the principles referred to above.<sup>2</sup>

In conducting the *Review*, I was to consult with federal and provincial Ministers of Health and Social Services and their officials, health workers, users of health services and health institutions and associations representing any of them. I was also charged to examine and review available data and consult more broadly as necessary.

The *Review* was to deliver and make public its *Report* before May 31, 1980. I have found this deadline impossible to meet, firstly because of having to postpone all public hearings until after the February general election and secondly because briefs, submissions and recommendations continued to come in from individuals (patients and providers) and from organizations almost daily until the *Report* was going to press. The time for completion was accordingly extended and I was requested to have my *Report* translated into French and printed in both languages.

The *Terms of Reference*, as can be seen, were broad in scope. A comprehensive, nationwide review of all aspects of the Health Program from the time it came into operation in each province was required. Broad as the *Terms of Reference* were, the public and those who participated in the hearings came forward, stressing the need for consideration of, and answers to, many additional health concerns if Canada is to have a genuine national health service.

This was natural, having regard to the expectations which Canadians had entertained from 1970 onwards and the national consensus for a *National Health Program* that followed the publication of the *Royal Commission's Report of 1964 and 1965*.

## The Health Program

I found no one, not any Government or individual, not the Medical Profession nor any organization, not in favor of *Medicare*. There were differences of opinion, it is true, on how it should be organized and provided, but no one wanted it terminated. Consumer groups, labor unions and individuals were particularly concerned with the survival of *Medicare*. The enthusiasm that organizers and participants displayed at the "S.O.S. *Medicare Conference*" held in Ottawa on November 4, 5 and 6 in 1979, which I attended, is indicative of the great public interest in *Medicare*.

The nationwide demand for *Medicare* is an accepted fact. Canadians must now begin to

---

<sup>2</sup> Terms of Reference for Health Services Review '79 given to the Hon. Mr. Emmett M. Hall, CC., Q.C. by the Minister of National Health and Welfare, The Hon. Mr. David Crombie.



improve the present program. By world standards, it is one of the very best health services today but that does not mean that serious difficulties have not manifested themselves nor that inequities have not been allowed to develop. There are serious problems which, if not faced and resolved, can greatly diminish the efficacy of the program.

As *Special Commissioner*, I was given to understand that my mission was to evaluate the health services program: to see if or where the program has failed to live up to expectations and how to remedy the defects that have become apparent. It was not my mission to preside over a program aging towards demise.

## **Evolution of Health Care in Canada**

The evolution of Canada's organized health care arrangement has been both long and varied, characterized by ventures in both the private (voluntary and commercial) and the public (governmental) sectors. Mining companies' check-off systems, hospital-sponsored "ticket" systems, municipal doctor plans, "friendly societies", Blue Cross, commercial insurance, Trans-Canada Medical Plans and finally, federal-provincial programs attest to the long search to find solutions to three related problems:

- (1) Assuring that health care resources were available;
- (2) Budgeting for the unpredictable costs of illness, accidents and disability for the individual and the family;
- (3) Assuring adequate revenues to attract providers of health services.

As in most of mankind's pursuits there has been more agreement on goals than on methods of achieving them. As a result therefore, the objective of providing health services to those of our citizens who need them became entangled with questions of premiums, means-testing, paid-up status, municipal and provincial residence, provincial and federal jurisdiction, fee schedules, extra-billing, experience rating, waiting periods, cancellable policies, methods of payment, kinds of taxes, and queries as to where responsibility and accountability should lie.

The first major national governmental thrust to develop a better health care system for Canadians occurred in 1945 when the Federal Government offered to pay to the Provinces *60 per cent* of the costs of a broad range of health services. But the offer was conditional on the provinces accepting transfer of important tax fields to the Federal Government. Failure to agree on the tax transfers (which did come later) postponed national action on health services.

But the publicity generated by the 1943 House of Commons **debates** in which the Canadian Medical Association, as well as the insurance industry strongly endorsed the federal proposals, had highlighted the needs as well as popularizing the devices of co-operative action and prepayment as solutions to a basic problem for every citizen.

## **The Hospital Insurance and Diagnostic Services Act**

In 1957, the Federal Government enacted the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* largely owing to the pressures from several of the Provinces (led by Ontario) to fulfill the 1945 offer.

That legislative expression of a national consensus launched the largest single program ever undertaken in peace-time Canada and required close working relationships between Federal and Provincial Governments. Because of the precedents the program created, it is necessary recall the principles embodied in the statute:

- (1) It was a conditional grant-in-aid, with the federal funds available only to programs meeting the federal conditions.
- (2) The program was to be universal, that is, it was intended to be compulsory.

In the negotiations over terminology, the term, "*universally available*" was adopted as a euphemism substituted for "*compulsory*". Of course, in the seven provinces that have abandoned or never used premiums, this issue is irrelevant.

- (3) The Federal Government specified the services to be considered "*insured services*". They were comprehensive, including medical services associated with radiology and laboratory departments.
- (4) Insured services were to be made available on "*uniform terms and conditions*". This precluded the policy then advocated by the medical and hospital associations and the insurance industry, namely, that of means-testing low income persons in order to enable them to enroll in voluntary plans.
- (5) With respect to co-insurance for "*user fees*", the legislation incorporated two elements: a prohibition and a penalty.

(a) Co-insurance or "*deterrent*" fees (the Act refers to such payments as "*authorized charges*") must not be such as to impede or preclude either directly or indirectly reasonable access to insured services".

(b) If a province imposed user charges, such payments would not be considered as provincial revenues or expenditures and therefore would not be cost-shared by the Federal Government. This meant that the provincial treasury would lose, in the federal contributions, one-half of whatever amount the hospitals collected from patients. (Premiums were not considered "*user charges*").

- (6) The federal cost-sharing formula was complex and based on a number of factors:

(a) The over-all federal contribution of all Provinces was to be 50% of the national cost of the insured services.

(b) The distribution among Provinces would reflect each Province's costs for insured services in an inverse ratio so that low-cost Provinces would receive *more* than 50% of their costs and high-cost Provinces *less* than 50% of their costs. This was considered to be an incentive for a province to keep its costs below the national average.

(c) The major anomaly in the formula was that although the federal contribution to a high cost Province was less than 50%, nevertheless, the actual federal dollar contribution in respect of an insured person was X per cent higher in the highest cost Province than it was in the lowest cost Province. Moreover, the formula operated in such a way that if the lowest cost Province decided to raise its standards by, say, \$4.00 per capita, it would have had to spend \$3.00 to obtain a \$1.00 increase in the federal contribution.

- (7) The development of the ten Provincial and two Territorial hospital services programs became, in fact, a national program owing to the combination of federal contributions and federal standards, especially those requiring uniform definitions of residency and portability of benefits. In the main, the program met the twin objectives of budgeting individual hospital care costs and providing funds for hospital budgets.

## The Royal Commission on Health Services

Such was the situation when, in 1961, the Federal Government appointed a *Royal Commission on Health Services*. That *Commission* was comprised of Dr. D. M. Baltzan, known throughout Canada and abroad as a leading internist; Dr. Arthur F. Van Wart, a past president of the Canadian Medical Association; Dr. C. L. Strachan, a past president of the Canadian Dental Association; Miss Alice Girard, one time Dean of Nursing at Montreal University; and two laymen, Dr. O. J. Firestone, an economist and myself as Chairman with Dr. Pierre Jobin of Quebec City as Medical Consultant who participated in the deliberations of the Commission. Mr. M. Wallace McCutcheon, an original Commissioner, had resigned in August 1962 on being appointed to the Senate and Cabinet

The health professions were thus well represented and their concerns and fears were fully known and understood by all the Commissioners.

## The Commission's Report

The Commission's report was unanimous in recommending the *Health Charter for Canada*. To achieve the objectives of the *Charter*, the *Commission* proposed in part:

1. "That the Federal Government enter into agreements with the Provinces to provide grants on a fiscal need formula to assist the Provinces to introduce and operate comprehensive, universal, provincial programs of personal health services, with similar arrangements for the Yukon and the Northwest Territories. The programs should consist of the following services, with the Provinces exercising the right to determine the order of priority of each service and the timing of its introduction:

- Medical services
- Dental services for children, expectant mothers and public assistance recipients
- Prescription drug services
- Optical services for children and public assistance recipients
- Prosthetic services
- Home care services.

In addition we propose a complete reorganization and reorientation of the *Mental Health Services* and important changes in the *Hospital Insurance Programme*.

Although nursing services are not dealt with as a separate service, it is obvious that they constitute an important element in Hospital and Home Care Programmes. We believe it essential for the effective co-ordination of health resources that nursing be administered as an integral element of each of these services."

In its report, the Royal Commission made many recommendations. Undoubtedly, the most important conclusion of the Commission was that the objectives of the Canadian people could best be achieved through a universal program administered by public authority with twelve provincial or territorial health insurance funds subsidized from federal general revenues rather than by means-testing and subsidizing several millions of individual Canadians and family heads to enable them to pay voluntary plan or commercial insurance premiums.

The *Commission* also reinforced a number of guidelines from the Hospital Insurance legislation including insisting that "all personal health services should be universally available on uniform terms and conditions for all residents."



The *Commission* stressed that the development of a universal health services program “requires careful planning, wise use of the resources at our disposal, and acceptance of the principle of prepayment whereby all Canadians can be provided with health services.” It defined “prepayment arrangements” to mean:

- (a) “financing within a Province by means of premiums, subsidized premiums, sales or other taxes, supplements from provincial general revenues and
- (b) by federal grants taking into account provincial fiscal need.”

### **The Medical Care Act (1966)**

The *Medical Care* legislation differed from that which authorized the *Hospital Services Plan* in that it did not require the Provinces to sign an agreement with the Federal Government or to submit to federal audit.

The conditions for federal contributions were called “principles” and there were four of them as enunciated by Prime Minister Pearson at the First Ministers’ Conference in 1965.

**“First**, the scope of benefits should be, broadly speaking, all the services provided by physicians, both general practitioners and specialists.

**Secondly**, the plan should be universal. That is to say, it should cover all residents of a Province on uniform terms and conditions.

**Thirdly**, a federal contribution can properly be made available only to a plan which is publicly administered.

**Fourthly**, each provincial plan should provide full transferability of benefits when people are absent from the Province or when they move their homes to another Province.”

Canadians understand the full meaning of the *Hospital Insurance and Medical Care Acts*. They said, through these two acts, that we, as a society, are aware that the trauma of illness, the pain of surgery, the slow decline to death, are burdens enough for the human being to bear without the added burden of medical or hospital bills penalizing the patient at the moment of vulnerability. The Canadian people determined that they should band together to pay medical bills and hospital bills when they were well and income earning. Health services were no longer items to be bought off the shelf and paid for at the checkout stand. Nor was their price to be bargained for at the time they are sought. They were a fundamental need, like education, which Canadians could meet collectively and pay for through taxes.

I don’t think it possible to overstate the significance of the declaration of the basic beliefs of the Canadian people that were manifested in the *Hospital and Medical Care Insurance Acts*. These principles were incorporated in the legislation in these terms:

The plan provides for and is administered and operated so as to provide for the furnishing of insured services upon uniform terms and conditions to all insurable residents of the province, by the payment of amount in respect of the cost of insured services in accordance with a tariff of authorized payments established pursuant to the provincial law or in accordance with any other system of payment authorized by the provincial law, on a basis that provides for reasonable compensation for insured services rendered by medical practitioners and that does not impede or preclude, either directly or indirectly whether by charges made to insured persons or otherwise, reasonable access to insured services by insured persons.



The intent of the legislation is clear:

1. The scope of benefits should include *all the services* provided by physicians, both general practitioners and specialists.
2. A minimum of 90% rising to 95% of all residents of a Province should be covered on *uniform terms and conditions*.
3. In addition to these principles which in general reinforced the standards of the *Hospital Insurance Act*, the *Medicare* cost-sharing formula differed from the *Hospital Insurance* formula in that it ignored individual Province's costs. All provincial expenditures on insured medical services for insured persons were totalled and the national *average per capita cost* calculated. One-half of this amount was paid to each Province in respect of the numbers of insured persons in its population.

The effect of this change was to reduce the percentage contribution of high-cost Provinces and to increase it to low-cost Provinces.

### Changes in 1977

There can be no doubt that these two programs served all parties well, but there were a number of factors that led to major changes in 1977.

- (1) The first was that by federal sharing in the costs of only two services, these being not only the most expensive, but also the programs having the highest rates of increasing costs, the effect was to create an imbalance in the overall health services system. That is, the conditional grants-in-aid had undesirable steering effects in Provincial decision-making.
- (2) From the federal point of view the hazard in the system was the total lack of control over its expenditures. Each fiscal year the Federal Government had to provide 50% of whatever amount the Provinces collectively had decided to spend. The annual increases in the late sixties and early seventies were large, exceeding the increases in the *Consumer Price Index* in every year.

These changes and the controversies that have ensued therefrom are dealt with in the next chapter.

---



## CHAPTER 2

### Federal Funding Arrangements and Provincial Spending

During the course of my hearings, there were allegations that some provinces had “diverted” “federal health funds” to other than health purposes, and that, as a consequence, some provincial programs have been “underfunded”, thereby causing some doctors to “opt-out” and/or extra-bill, resulting in an “eroding” of the *Medicare Program*.

I have concluded, after examining the evidence, that we are confronted in these allegations with two major issues which are distinct and not necessarily related. The first is the complex question of the effects of the transfer of federal funds to the provinces under *The Established Programs Fiscal Arrangements Act (1977)*. The second, of course, is whether the provinces are fulfilling the conditions of *The Hospital Insurance* and *The Medical Care Insurance Acts*.

Several briefs presented in the public hearings endeavored to link the federal funding arrangements with the provincial programs. But that there is not necessarily a direct relationship between the two is evident when one considers that a Provincial Government might well spend far more than the Federal Government envisaged, and yet not meet the health program requirements.

### The Established Programs Fiscal Arrangements Act (1977)

Negotiations with regard to the agreements that culminated in the Fiscal Arrangements legislation in 1977 began early in the 1970's and meetings of Finance Ministers and First Ministers were concentrated in 1975 and 1976 in order to meet the expiry date of the 1972 Agreements which was March 31, 1977.

The basic reasoning for separating the question of the financial arrangements and their meaning for the Provinces from the substantive question of the principles underlying the health services system is as follows

1. The purpose of the *Established Programs Financing Act (EPF)* was precisely to remove the rigidities in the then existing cost-sharing system. The evidence is clear.

(a) The Hon. Marc Lalonde, Minister of Health:

“First, the movement to block funding would increase substantially the flexibility available to provinces with regard to program decisions.”<sup>1</sup>

(b) The Hon. Donald McDonald, Minister of Finance:

“The greater provincial share of the (income) tax will increase provincial fiscal flexibility”.<sup>2</sup>

(c) The Rt. Hon. P.E. Trudeau, Prime Minister:

“Provinces would agree to spend these federal EPF funds in the fields in questions, giving public acknowledgement of their source, but would not have to make matching expenditures of any kind from their own resources.”<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Conference of Federal and Provincial First Ministers, Dec. 13, 1976.

<sup>2</sup> The House of Commons Debates, January 18, 1977.

<sup>3</sup> Federal-Provincial Conference of First Ministers, June 14, 1976.

2. It was anticipated, indeed, it was intended under EPF, that the Provinces, now solely responsible for the rate of increase in the costs of the medical and hospital care programs, would begin (or, in case of most, reinforce) their efforts to restrain the costs of the two established programs, the rates of increase of which, had exceeded by so much the rates of increase in the Consumer Price Index. The evidence follows:

The Hon. Marc Lalonde:

"Any savings that can be generated by reducing the services would not be shared by the Federal Government since our contribution under *Established Programs* would not be directly related to program costs."<sup>4</sup>

The Hon. Donald MacDonald: (explaining why the Federal Government insisted on the EPF taking effect with respect to hospital insurance on April 1, 1977 although the Hospital Insurance Agreements did not expire until July 1980):

"My reasons for taking such a position are that otherwise the Provinces would have little incentive to control their hospital insurance expenditures in the interim period."<sup>4</sup>

The Rt. Hon. P.E. Trudeau:

"(The EPF proposal) also suits the current and future imperative, namely fiscal restraint, in that Provinces will have a greater incentive to implement what are admittedly difficult measures designed to restrain spending in these fields to reasonable levels."<sup>5</sup>

"Provinces will no longer have to spend a Provincial dollar to receive a Federal dollar."<sup>6</sup>

In considering this complex issue several points need to be emphasized.

The use of the term, "federal contributions" to medical and hospital care, as explained above, contains two assumptions:

(1) that the "tax room" vacated by the Federal Government and thus available to the Provinces continues to constitute a federal "contribution" (as legally defined in Section 17 of the Act) even though provincial governments must now take responsibility for levying the taxes;

(2) that the relative share of the combined totals of the "cash grant" and the "tax room" allocated to higher education, hospital insurance, and medical care insurance, continue to bear the same relationship to each other (i.e., higher education 32.4 per cent, hospital insurance 49.9 per cent, and medicare, 17.7 per cent) that they did in the base year 1975-76. Indeed, since these *are* block funds, it is even questioned whether the payments of the Federal Government should continue to be so allocated and designated.

Largely owing to the decision to calculate the cash grant on the three-year "moving average" based on Gross National Product in 1973-74, 1974-75 and 1975-76, years of high inflation, the base grant was higher than anticipated. In addition, because of the slowdown in the economy following 1975-76, the tax points transfer yielded lower revenues than forecast and the cash grant was increased commensurately.

<sup>4</sup> Conference of Federal and Provincial First Ministers, Dec. 13, 1976.

<sup>5</sup> Statement of Prime Minister to Federal-Provincial Conference of First Ministers, Dec. 13, 1976.

<sup>6</sup> Press statement by the Prime Minister following Federal-Provincial Conference of First Ministers, Dec. 14, 1976.



From the Provinces' point of view, it has been argued that much of this increase was offset by the compromise on the revenue guarantee at the equivalent of two tax points rather than at the four points the Provinces had calculated would be necessary to maintain their relative revenues from the income taxes at their previous five year (1972-73 to 1976-77) levels.

***I conclude therefore that the first part of the allegation, namely that, "federal health dollars are being diverted" is not established.*** That Provincial Governments should have more autonomy in allocating resources to health, in the expectation that they would reduce the rates of growth in the two previously cost-shared programs of *hospital* and *medical care insurance*, was a primary purpose of the change to block-funding.

Only the cash grant was (and remains) a conditional payment from the Federal Government to the Provinces, and it is clear that all of the funds received by the Provinces under the cash grant are being allocated to health programs.

### **Financial Effects of EPF**

I turn now to an examination of the financial effects of the new Federal-Provincial arrangements. The statistical data are presented in Tables 1 through 9 beginning on page 14.

In preparing these summary tables, the Federal and all Provincial Governments were visited and all co-operated fully. The compilation of all the data and preparation of the tables were undertaken by the Health Economics and Data Analysis Division of the Department of National Health and Welfare. The Tables were then checked by the Provincial Health and Finance Departments.

It should be emphasized that Tables 1 and 2 focus on the two established health programs. All the other tables refer to all provincial health expenditures. It should be noted that any such attempt to collect and collate so much data is not only time — consuming but is fraught with difficulties, particularly in making inter-provincial comparisons since expenditures for similar purposes may, in fact, be classified differently. Moreover, it was necessary to identify health expenditures by other departments — Social Services, Attorney-General, Corrections, etc.

It should also be noted that under the cost-sharing arrangements (1975-76 and 1976-77), the hospital expenditure data represents costs defined as "shareable" by the Federal Government whereas under EPF the expenditures are as defined by provincial officials.

It must also be remembered (as explained above) that the federal contribution does not include the two tax points attributable to the revenue guarantee negotiations.

Accordingly, further work or different decisions on allocations might alter some of the provincial figures slightly but not enough to change the picture significantly.

Table 1 compares the last two years under the cost-sharing formula and the first three years under EPF. It indicates that over the five-year period, the federal share of the costs of the two programs increased from 50.3 per cent to 56.8 per cent.

This result, as noted above, was as planned, owing to the intention of the Federal Government to increase the Provinces' revenue and the expectation that the Provinces would restrain their expenditure increases on the two programs while emphasizing other elements of their health services.

Table 2 relates the federal contribution to the expenditures of each of the Provinces. Although over-all, the new financing arrangements increased the federal share from 50.3 per

cent to 56.9 per cent (i.e., 6.6 percentage points), the effects on Provinces ranged widely around that point, from one half a percentage point in the case of Quebec (the highest *per capita* cost hospital insurance program in Canada) to 13.1 percentage points in New Brunswick, and 15.1 percentage points in Prince Edward Island.

However, since the intent of the shift to block-funding was to enable provincial governments to use federal funds in any part of their health programs, the more significant data are presented in Tables 3 and 4 which show federal contributions as a percentage of *all* provincial health expenditures. Table 3 indicates that the federal contribution to health program expenditures of all Provinces rose from 39.7 per cent in 1975-76 to 44.7 per cent in 1979-80.

But as Table 4 shows, again the percentage varies among the Provinces, although not quite as widely as in the calculations in Table 2.

In the four Atlantic Provinces the federal contribution exceeds 50 per cent; in all others, it is less than 50 per cent, and it can be assumed that this was the intention underlying the decision.

The issue of the effects of EPF on Provincial budgets is examined in another way in Table 5 which shows Provincial health expenditures. What is perhaps surprising is that overall, the expenditures of all Provinces on health programs of one kind or another represent precisely the same proportion of the total budget (28.6 per cent) in 1979-80 as it was in 1975-76. Again however, there are differences among the Provinces but they are miniscule. Five Provinces increased the share allocated to health and in the rest, the total budget was increased slightly more than the allocations to health. It is realized, of course, that this type of comparison may not be as illuminating as one might wish, for much depends on all the other factors in a budget, or on the budget as a whole. This is well illustrated in the case of Manitoba in 1977-78 when the total budget was increased by only .01 per cent. As a consequence, the percentage allocated to health increased from 34.0 per cent to 36.6 per cent. With other shifts in next budget, the percentage fell to 32 per cent in 1979-80, but left Manitoba second only to British Columbia in the proportion allocated to health.

Because of all the various factors affecting a Provincial budget this type of comparison needs additional information. This appears in Tables 6 and 7. Table 6 summarized Provincial health expenditures on a *per capita* basis over the five year period 1975-76 to 1979-80.

The national average per capita expenditure by Provincial Governments averaged \$588.37. Three Provinces (British Columbia, Alberta, and Quebec) exceeded the national average by approximately seven to eight per cent. Saskatchewan was close to the national average but all the rest of the Provinces were below, and in the Atlantic provinces, almost 10 per cent below. In Table 7 the relative Provincial expenditures are expressed as indexes. But it is when these data are related to each Province's *Gross Domestic Product*, as is done in Table 8, that the disparities among Provinces are again revealed, and the significance of federal equalization payments reinforced. The average Provincial expenditures of all Provinces represents 5.4 per cent of their combined *Gross Domestic Product*. But the proportion required in each Province varies dramatically or drastically depending on one's point of view from 3.9 per cent of GDP in Alberta to 9.4 per cent in Prince Edward Island and 8.9 per cent in Newfoundland. The two largest provinces, Ontario and Quebec spend 4.8 per cent and 6.5 per cent, respectively.

But while these data tell us something of the relative proportion of Provincial resources expended on publicly financed health services, they do not, of course, suggest that even if the proportions were equal, they would be providing equal program benefits.

Finally, Table 9 summarizes the growth in combined Federal and Provincial expenditures over the four year period (that is, the last two years under cost-sharing and the first two under EPF).

As hoped for, the lower percentage increases under EPF show the effects of restraint programs and the shifting of emphasis to lower cost substitute services.

### **The Future**

It follows from the foregoing that a number of Provinces, particularly the four Atlantic Provinces cannot hope to expand their health services into other health areas such as drug and dental programs, for example.

Some Provinces asked for a recommendation that the initial cost-sharing formula be reinstituted. Most Provinces preferred the block-funding arrangement.

### **Further Cost-Sharing Funding to Have-Not Provinces**

Since the block-funding concept appears to be firmly in place, the solution insofar as the have-not Provinces are concerned, is for the Federal Government to cost-share the additional insured services that these Provinces wish to institute.

---

**TABLE 1**  
**Aggregate Provincial Government Expenditures**  
**On Hospital and Medical Care Insurance Programs(a)**  
**and Related Federal Contributions(b), 1975-76 to 1979-80**

	<u>Direct Cost Sharing</u>		<u>Established Programs Financing</u>		
	<u>1975-76</u>	<u>1976-77</u>	<u>1977-78</u>	<u>1978-79</u>	<u>1979-80</u>
	\$ millions	\$ millions	\$ millions	\$ millions	\$ millions
<u>Provincial Expenditure (a)</u>	6,510.8	7,514.0	8,043.7	8,786.3	9,631.6
<u>Federal Contributions (b)</u>	3,272.8	3,765.8	4,195.7	4,817.2	5,475.5
Cash (c)	3,272.8	3,765.8	2,101.0	2,497.5	2,948.6
Tax Room (d)	---	---	2,094.7	2,319.7	2,527.9
	%	%	%	%	%
<u>Per cent Federal Contributions</u>	50.3	50.1	52.2	54.8	56.8
Cash (c)	50.3	50.1	26.1	28.4	30.6
Tax Room (d)	---	---	26.1	26.4	26.2

(a) Provincial Government expenditures (excluding the Yukon and Northwest Territories) are on a cash flow basis as recorded in the Provincial Public Accounts (and verified by direct communication with each Province.) Excluded (except where data is not separable are administration costs and expenditures on program benefits are included in Federal H.I.D.S. and Medical Care legislation. However, these Provincial Government expenditures are not identical with federally shareable program costs in 1975-76 and 1976-77, since shareable program items may differ in detail from official Provincial program items.

(b) These are Federal (excluding entitlements to the Yukon and Northwest Territories) contribution entitlements (not cash flow). For fiscal years 1975-76 and 1976-77, these are final federal contribution entitlements under the Medical Care Act, and preliminary calculation of entitlements under the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act. For fiscal years 1977-78, 1978-79, and 1979-80 these are derived from preliminary calculations of entitlements under EPF (**less one income tax point and cash equivalent**) prepared by the Department of Finance and the Department of National Health and Welfare.

(c) The cash contribution under EPF is defined here to include the basic cash contribution plus the cash transitional adjustment payment (as defined in the legislation) **less the value of one income tax point equivalent** allocated to the hospital insurance and Medical Care programs using the formula specified in the legislation (tentatively) set at 68% of the total cash contribution pending final determination of base year shareable costs and contributions.

(d) The tax room portion of the federal contribution under EPF is the value of the tax room transfer **less one income tax point**, allocated arbitrarily to the Hospital Insurance and Medical Care programs in the same proportion of the total tax point transfer as specified for the allocation of each contribution.



**TABLE 2**  
**Provincial Government Expenditures on Hospital**  
**and Medical Care Insurance Programs(a), by Province\***

Province	Provincial Expenditure (a)					Federal Contribution (b)					Percent Federal Contribution				
	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80
	\$ millions					\$ millions					Percent				
Newfoundland	151.7	163.3	177.9	198.0	221.7	76.6	90.8	94.8	113.0	133.0	50.5	55.6	53.3	57.1	60.0
Prince Edward Island	25.3	27.2	35.4	34.4	38.5	14.9	16.7	19.5	23.9	28.5	58.9	61.4	55.1	69.5	74.0
Nova Scotia	207.4	239.2	258.2	283.4	315.1	111.9	131.2	145.3	169.7	196.3	54.0	54.9	56.7	59.9	62.7
New Brunswick	159.9	187.3	204.2	199.6	228.1	92.9	107.2	116.1	138.3	162.4	98.1	57.2	56.1	69.3	71.2
Quebec	1,809.8	2,171.1	2,279.5	2,624.8	2,859.0	915.3	1,055.4	1,194.0	1,324.0	1,463.9	50.6	48.6	57.4	50.4	51.2
Ontario	2,342.8	2,681.4	2,887.4	3,077.5	3,283.2	1,184.2	1,349.2	1,513.6	1,738.3	1,969.9	50.6	50.3	52.4	56.5	60.0
Manitoba	281.7	320.4	347.0	358.7	398.4	149.1	172.1	181.9	210.0	238.9	52.9	53.7	52.4	58.5	60.0
Saskatchewan	219.7	261.7	289.4	315.9	348.4	128.0	149.8	162.1	190.6	221.8	98.3	57.2	56.0	60.3	63.7
Alberta	558.4	637.3	658.3	712.7	814.8	257.8	303.2	344.6	404.3	466.0	46.2	47.6	52.4	56.7	57.2
British Columbia	754.1	825.1	906.4	981.3	1,124.4	342.1	390.3	423.8	505.1	594.8	45.4	47.3	46.8	51.5	52.9
N.W.T.															
Yukon															
Canada	6,510.8	7,514.0	8,043.7	8,786.3	9,631.6	3,272.8	3,765.9	4,195.7	4,817.2	5,475.5	50.3	50.1	52.2	54.8	56.9

a) See Table 1 footnote (a)

b) See Table 1 footnote (b) (c) and (d) Note particularly that federal contribution excludes one income tax point and its cash equivalent.

\* Data for the Northwest Territories and the Yukon are not available.

**TABLE 3**  
**Total Health Expenditures by Provincial**  
**Governments(a) and Related Federal Contributions(b)**  
**1975-76 to 1979-80**

	<u>1975-76</u>	<u>1976-77</u>	<u>1977-78</u>	<u>1977-79</u>	<u>1979-80</u>
	\$ millions	\$ millions	\$ millions	\$ millions	\$ millions
Provincial Health Expenditure (a)	9,039.4	10,321.2	11,288.2	12,542.5	13,897.2
Federal Contributions (b)	3,591.2	4,168.3	4,835.5	5,499.5	6,216.7
Hospital Insurance(c)	2,436.1	2,812.8	1,564.0	1,859.1	2,194.2
Cash (c)					
Tax Room	---	---	1,599.2	1,726.8	1,881.7
Medical Care (c)					
Cash	836.7	953.0	537.0	638.4	753.4
Tax Room	---	---	535.5	592.9	646.2
Canada Assistance Plan (d)	295.8	376.2	151.7	119.8	154.9
Extended Health Care (e)	---	---	463.9	519.4	578.3
Health Resources Fund (f)	20.3	24.0	22.1	41.4	8.0
Professional Training Grant (g)	2.3	2.3	2.4	1.7	---
Per cent Federal Contribution (h)	39.7	40.4	42.8	43.9	44.7
Cash	39.7	40.4	24.2	25.4	26.5
Tax Room	---	---	18.6	18.5	18.2

(a) Provincial Government health expenditures on a cash flow basis as recorded in the Provincial Public Accounts (and verified by direct communication with each Province). Includes health expenditures by health departments, medical care and hospital insurance commissions, social service departments and other departments. Does not include data from the Yukon and Northwest Territories

(b) Includes all federal contributions on an entitlement basis, except, Health Resources Fund and Professional Training Grant which are on a cash flow basis. total Federal contributions shown in this table may differ from those in Table 4 due to rounding. Data for the Yukon and Northwest Territories is not included.

(c) See Table 1 footnotes (b), (c) and (d). **Note particularly that federal contribution excludes one income tax point and its cash equivalent.**

(d) These are preliminary estimated cost sharing entitlements under the Canada Assistance Plan for extended health care as defined under EPF and for other care items.

(e) These are final cash contribution entitlements under EPF for extended health care comprising the following: Intermediate nursing home care, adult residential care, converted mental hospitals, home care, and ambulatory health care.

(f) Cash flow from the Health Resources Fund.

(g) Cash flow from the Professional Training Grant.

(h) Federal contributions as a percentage of total health expenditures by Provincial Governments.

**TABLE 4**  
**Total Health Expenditures by**  
**Provincial Governments<sup>(a)</sup> and Related Federal**  
**Contributions<sup>(b)</sup>, by Province, 1975-76 to 1979-80\***

Province	Provincial Expenditure <sup>(a)</sup>					Federal Contribution <sup>(b)</sup>					Percent Federal Contribution <sup>(c)</sup>				
	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80
	\$ millions					\$ millions					Percent				
Newfoundland	209.6	225.7	239.6	266.0	297.8	85.6	100.5	113.1	132.7	152.1	40.8	44.3	47.2	49.9	51.1
Prince Edward Island	42.0	44.9	56.1	59.3	62.9	19.0	21.7	22.7	28.6	32.8	45.2	48.3	40.5	48.2	52.2
Nova Scotia	288.6	322.5	350.1	389.4	437.5	118.7	140.4	166.2	191.5	221.6	41.1	47.5	47.5	49.2	50.7
New Brunswick	221.8	254.0	279.9	307.8	363.6	97.0	118.8	134.2	159.8	183.4	43.7	46.8	47.9	51.9	50.4
Quebec	2,614.2	3,062.2	3,271.1	3,626.4	3,992.2	1,077.1	1,182.0	1,362.5	1,571.2	1,692.8	38.9	39.1	41.7	41.8	42.4
Ontario	3,181.8	3,638.3	3,991.0	4,354.7	4,705.6	1,286.3	1,479.8	1,736.3	1,960.4	2,211.2	40.4	40.7	41.5	45.0	47.0
Manitoba	413.0	467.7	508.4	531.7	577.2	166.2	193.2	206.7	241.3	269.5	40.2	41.3	40.7	45.4	40.7
Saskatchewan	327.7	397.7	449.5	483.3	558.9	142.2	169.2	191.6	215.5	248.8	43.4	42.5	42.6	44.6	44.5
Alberta	748.9	852.4	921.8	1,088.3	1,284.7	280.9	329.6	395.4	459.8	523.6	37.5	38.7	42.9	42.1	40.8
British Columbia	991.8	1,091.8	1,220.7	1,417.6	1,616.8	378.3	433.2	507.1	593.1	680.3	38.1	39.7	41.5	41.8	42.1
N.W.T.															
Yukon															
Canada	9,039.4	10,321.2	11,288.2	12,524.5	13,897.2	3,591.3	4,168.4	4,385.8	5,499.9	6,216.1	39.7	40.4	42.8	41.9	44.7

a) See Table 3 footnote (a)

b) See Table 3 footnote (b) (c) (d) (e) (f) (g). Includes all relevant federal contributions under H.I.D.S., Medical Care, E.P.F., Canada Assistance Plan, Health Resources Fund and Professional Training Grant. Note particularly that federal contribution allocated to hospital insurance and medical care programs under E.P.F. excludes one income tax point and its cash equivalent.

c) Federal contributions as a percentage of total health expenditure by provincial government.

\* Data for the Yukon and Northwest Territories was not available.

**TABLE 5**  
**Total Health Expenditures by Provincial Governments(a)**  
**As Percent of Total Provincial Government Budgetary Expenditures(b)**  
**by Province, 1975-76 to 1979-80\***

Province	Budgetary Expenditure (b)					Percent Health Expenditure (c)				
	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80
	\$millions					Percent				
Newfoundland	952.7	1,147.0	1,152.0	1,348.1	1,422.0	22.0	19.7	20.8	19.7	20.9
Prince Edward Island	180.4	193.8	215.8	264.5	294.9	23.3	23.2	26.0	22.4	21.3
Nova Scotia	1,066.3	1,191.7	1,326.9	1,571.2	1,681.4	27.1	27.1	26.4	24.8	26.0
New Brunswick	1,022.7	1,132.3	1,257.3	1,373.1	1,516.2	21.7	22.4	22.3	22.4	24.0
Quebec	9,397.1	10,902.1	12,426.0	13,402.8	14,960.0	27.8	27.8	26.7	27.1	27.0
Ontario	10,490.0	11,743.0	12,920.0	13,913.0	15,368.0	30.3	31.0	30.9	31.3	30.6
Manitoba	1,235.6	1,376.1	1,390.1	1,649.7	1,812.2	33.4	34.0	36.6	32.2	31.9
Saskatchewan	1,192.1	1,404.0	1,536.9	1,733.5	1,926.4	27.5	28.3	29.2	27.9	29.0
Alberta	2,864.6	3,094.5	3,558.5	3,938.3	4,862.2	26.1	27.5	25.9	27.6	26.4
British Columbia	3,259.8	3,609.5	4,035.5	4,497.2	4,724.9	30.4	30.3	30.3	31.5	34.2
N.W.T.										
Yukon										
da	31,661.3	35,794.0	39,639.0	43,691.4	48,568.2	28.6	28.8	28.5	28.7	28.6

a) See Table 3 footnote (a)

b) Provincial Government budgetary expenditures on a cash flow basis as recorded in Provincial Public Accounts (and verified by direct communications from each province)

c) Total health expenditures by provincial government (see table 4) as percentage of total provincial government budgetary expenditures.



**TABLE 6**  
**Per Capita Health Expenditures by Provincial Government(a)**  
**by Province, 1975-76 to 1979-80**

Province	Provincial Population(b)					Per Capita Health Expenditure				
	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80
	Thousands					\$				
Newfoundland	549	558	564	569	574	381.79	404.48	424.82	467.49	518.82
Prince Edward Island	117	118	120	122	123	358.97	380.51	467.50	486.07	511.38
Nova Scotia	820	829	835	841	848	351.95	389.02	419.28	463.02	515.92
New Brunswick	665	677	687	695	701	333.53	375.18	407.42	442.88	518.69
Quebec	6,179	6,235	6,278	6,285	6,304	423.08	491.13	521.04	576.99	633.28
Ontario	8,172	8,265	8,354	8,444	8,507	389.35	440.21	477.74	515.72	553.14
Manitoba	1,014	1,022	1,029	1,032	1,031	407.30	457.63	494.07	515.21	559.84
Saskatchewan	907	921	937	947	956	361.30	431.81	479.72	510.35	584.62
Alberta	1,778	1,838	1,896	1,950	2,007	421.20	463.76	486.18	588.10	640.11
British Columbia	2,433	2,467	2,494	2,530	2,569	407.64	442.56	489.45	560.32	629.35
N.W.T.										
Yukon										
Canada - Excluding NWT and Yukon	22,634	22,930	23,194	23,415	23,620	399.39	450.12	486.69	534.89	588.37

a) See Table 3 footnote (a) Provincial Total Health Expenditures

b) Based on Statistics Canada Intercensal Population Estimates

**TABLE 7**  
**Indices (Canada = 100) of Per Capita Health**  
**Expenditures by Provincial Governments, by Province,**  
**1975-76 to 1979-80**

Province	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80
Newfoundland	95.59	89.86	87.29	87.40	88.18
Prince Edward Island	89.88	84.54	96.06	90.87	86.92
Nova Scotia	88.12	86.43	86.15	86.56	87.69
New Brunswick	83.51	83.35	83.71	82.80	88.16
Quebec	105.93	109.11	107.06	107.87	107.63
Ontario	97.49	97.80	98.16	96.42	94.01
Manitoba	101.98	101.67	101.52	96.32	95.15
Saskatchewan	90.46	95.93	98.57	95.41	99.36
Alberta	105.46	103.03	99.90	104.34	108.79
British Columbia	102.07	98.32	100.57	104.76	106.97
Canada - Excluding NWT and Yukon	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Source: Table 9

TABLE 8

**Total Health Expenditures by Provincial Governments(a)  
as Percent of The Total Estimated Provincial Gross Domestic Product(b)**

Province	Estimated Provincial Gross Domestic Product(b)				Health Expenditure - Percent of G.D.P.(c)			
	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79
	\$millions				\$ millions			
Newfoundland	2,134.4	2,548.1	2,847.6	2,987.8	9.8	8.9	8.4	8.9
Prince Edward Island	454.8	523.7	551.9	633.7	9.2	8.6	10.2	9.4
Nova Scotia	3,989.1	4,644.2	5,087.9	5,636.1	7.2	6.9	6.9	6.9
New Brunswick	3,231.6	3,646.0	3,941.5	4,396.5	6.9	6.9	7.1	7.0
Quebec	39,761.9	46,214.1	50,108.6	56,180.9	6.7	6.6	6.5	6.5
Ontario	66,229.7	75,975.7	82,986.2	89,940.0	4.8	4.0	4.8	4.8
Manitoba	6,966.7	7,953.4	8,498.0	9,300.3	5.9	5.9	6.0	5.7
Saskatchewan	7,085.8	7,972.2	8,457.3	9,661.5	4.6	5.0	5.3	5.0
Alberta	18,795.5	21,405.9	24,615.0	28,128.9	4.0	4.0	3.7	3.9
British Columbia	19,053.6	22,786.2	25,439.0	27,890.7	5.2	4.8	4.8	5.1
N.W.T.								
Yukon								
Canada - Excluding NWT and Yukon	167,703.1	193,670.4	212,533.0	234,756.4	5.4	5.3	5.3	5.4

a) See Table 3 footnote (a)

b) Based on corresponding calendar year G.D.P.

TABLE 9

Growth of Federal and  
Provincial Government Health Expenditures  
1975-76 to 1979-80

Fiscal Year	Combined Federal and Provincial Expenditure					
	Federal Expenditure(a)	Net Provincial Expenditure(b)	Total(c)		Percent Increase(d)	
	\$ millions	\$ millions	\$ millions	%	%	Percent of G.N.P.(f)
1975-76	4,013.1	5,448.2	9,461.3	416.85		5.5
1976-77	4,638.6	6,152.9	10,791.5	469.34	14.1	5.5
1977-78	3,500.0	8,354.9	11,854.9	509.71	9.9	5.4
1978-79	4,052.7	9,085.9	13,138.6	559.54	10.8	5.5

a) Includes all direct federal health expenditures plus total federal health-related cash contributions to the provinces and the territories. Note that all tax point transfers are excluded.

b) Total health expenditures by provincial governments (excluding the territories) less total federal health-related cash contributions (excluding the territories). Note also that all tax point transfers are excluded.

c) Total of federal government health expenditure (a) and net provincial health expenditure (b).

d) Based on Statistics Canada Intercensal Population Estimates, for the total Canadian population.

e) Percent increase total Expenditures over previous years.

f) Based on corresponding calendar year G.N.P.



## CHAPTER 3

### The Dominant Issues

Many important subjects were dealt with during the hearings. Some required a more detailed study than others such as the inter-governmental disagreements over financing dealt with in Chapter 2, but from the very beginning and throughout, two items occupied a dominant role, eclipsing many others in the public, professional and governmental perceptions, and frequently almost monopolizing many hearings. These were:

- (1) the growing practice by physicians to extra-bill;
- (2) the controversies that flow from the conflicts between the Medical Profession and the Provinces over the scale of fees payable to physicians.

Although seen as separate problems, these two items are inextricably interrelated and must be dealt with accordingly.

### The Medical Profession

The medical profession maintains that it has the right to determine its own fee structure and the fees charged for medical services. The Provinces and their paying agencies insist that in the absence of agreement with the profession, they have the power to fix the tariff of fees payable to physicians and that physicians must abide that tariff. These positions are totally in conflict. They cannot co-exist.

The medical profession cannot be a law unto itself in this matter of fixing fees for its services. The *Royal Commission* dealt with the issue as follows:

"The emphasis on the freedom to practise should not obscure the fact that the physician is not only a professional person but also a citizen. He has moral and social obligations, as well as self-interest to do well in his profession. The notion held by some that the physician has an absolute right to fix his fees as he sees fit is incorrect and unrelated to the mores of our times. This nineteenth century *laissez-faire* concept has no validity in the twentieth century in its application of medicine, dentistry, law, or to any other organized group. Organized medicine is a statutory creation of legislatures and of parliament. When the state grants a monopoly to an exclusive group to render an indispensable service it automatically becomes involved in whether those services are available and on what terms and conditions."<sup>1</sup>

### The State

Nor has the State the right to conscript the services of physicians. The efforts to harmonize these conflicting concepts have been unsuccessful in every Province.

<sup>1</sup> *Royal Commission on Health Services* (1965), Volume II, Chap. I, p. 11

## A Solution?

It is imperative that some solution or mechanism to solve the conflict be found, otherwise Medicare as Canada has known it since 1970-71 can fail in time.

People from all over Canada were insistent that this should not be allowed to happen. Individuals and groups as well as the *Canadian Medical Association*, *The Royal College of Physicians and Surgeons* and all of the *Provincial Medical Associations* and the Provincial Governments were in agreement in their determination that Medicare must not fail.

## The Stoddart and Woodward Study

In order to ascertain as accurately as possible the effects, if any, of extra-billing in whatever form it is practised, I commissioned a study by Professors Greg L. Stoddart and Christel A. Woodward of McMaster University, Hamilton, to determine "*The Effect of Physician Extra-Billing on Patients' Access to Care and Attitudes Toward the Ontario Health System.*"

The primary objective of the research was to investigate the impact of extra-billing by opted-out physicians on patients' access to medical services and utilization of services, including any differences in impact associated with the income class of households.

A second objective was to assess both the satisfaction of patients/citizens with the delivery of medical services and their attitudes toward financing such services. Again, comparisons between high and low income households were of particular interest, as were comparisons between those patients with and without experience with extra-billing.

Interviews were conducted by telephone, this medium being chosen instead of face-to-face interviews or mailed questionnaires in order to mount and execute the survey within the time and budget available to Health Services Review '79.

The sample was drawn from the Ontario counties of Simcoe, Perth, Halton and Waterloo, in order to provide geographical dispersion, urban/rural variation, and a high proportion of respondents who had experience with extra-billing. Since these counties were among the six having the highest percentages of opted-out general practitioners in Ontario at the beginning of the study, the results can be interpreted as an estimate of the maximum impact of extra-billing by general practitioners. A total of 2,827 eligible contacts were made in the four counties. The total sample size was 1,769.

## The main conclusions reported to me included:

In areas of Ontario where a relatively high general practitioner opting-out and medium-to-high specialist opting-out, approximately one-third of households have experienced extra-billing by physicians.

A comparison of incomes of households which have and have not experienced extra-billing supports the suggestion that physicians with relatively high income patient populations are more likely to opt-out and extra-bill their patients.

Some households respond to extra-billing by using multiple physicians. They may go to another general practitioner who is not opted out for some medical problems and/or ask to be referred to a specialist more often.

Of 33 households who might have found the Ontario Medical Association's special telephone line useful in locating an opted-in physician in their area, none were aware of the existence of the line.

When extra-billed, patients have difficulty estimating how much higher the bill received from a doctor is than the OHIP fee schedule. Of those who felt they knew the cost, over 45% of households reported receiving bills which were higher than the Ontario Medical Association fee schedule, which itself is approximately 43% higher than the OHIP benefit.

Most respondents report they did not attempt to discuss their bill with their physician or his office. Patients seem reluctant to negotiate fees with physicians. Sixty per cent of those extra-billed indicated they would be embarrassed to ask a doctor to reduce his fees. No difference between poor and non poor was found in this attitude.

The poor who are extra-billed are significantly more likely to report they have reduced utilization and/or delayed in seeking medical care because of cost than the non-poor. In the absence of extra-billing no difference was seen in the proportion of poor and non poor delaying or failing to see a doctor because of cost.

Nearly twice as many poor as non poor report the cost of doctors' services creates a financial problem for them.

Although satisfaction with quality of care is high (93% satisfied) those extra-billed are less satisfied with the quality of care they received than those that have not had experience with extra-billing.

Respondents from poor households, who have been extra-billed or have not visited a doctor in the past two years, are much less satisfied with the quality of medical care they have received than the general population.

More than one-fourth of the poor indicate that it is hard to find a doctor they can afford to see in their home community.

Attitudinal questions asked in this study were compared with the Pickering survey of the Ontario population regarding medical services in Ontario in 1972 (commissioned by the Ontario Medical Association). Two differences emerged:

- (a) The extent to which the public perceives doctors as respected and trusted appears to have declined. A decline has occurred particularly among those that have experienced extra-billing by physicians;
- (b) Across respondent groups, respondents to the 1980 survey are more likely to disagree that provincial health insurance spending is too large.

These conclusions support and reinforce the concerns felt by Governments, consumer groups and individuals that extra-billing does deny access to many of the poorer elements of society and violates the essential principle of accessibility to all.

### **Extra-billing**

I was told from one end of Canada to the other that extra-billing by physicians as practised in all Provinces but Quebec, was unacceptable. The opposition to these practices came from Governments as well as from individuals and consumer groups. This opposition was organized and articulate. It must be stressed, however, that virtually all who opposed opting-out and/or extra-billing were equally forthright in advocating that physicians were entitled to be adequately compensated.

### **The Real Problem**

The real problem which I face in this regard is how the concept of adequate remuneration

can be achieved without finishing up with a two-tier system, which would cast the poor, the aged and the unemployed into a category apart from those who are able financially or considered financially able by individual physicians to absorb an extra charge. *The practice of extra-billing is inequitable.* Not only does it deny access by the poor but it also taxes sick persons who, besides paying premiums, are already paying the major cost of the system through their taxes.

How then can *Medicare* be assured of survival? The responsibility cannot rest with the Medical Profession alone, *The Medical Profession cannot be conscripted nor can it be the sole determinant of its own remuneration as a matter of right.* The Royal Commission said in Volume 1 of its report:

“--- the methods of remuneration of health personnel, fee-for-service, salary or other arrangements, — and the rates thereof should be as agreed upon by the professional association and the administrative agencies and not by arbitrary decision with an appeal procedure in the event of inability to agree ---”<sup>1</sup>

And I emphasize the phrase: “--- with an appeal procedure in the event of inability to agree ---.” This recommendation appears to have escaped the attention of Governments and of the profession. I put the question to the Medical Associations and to Governments at every Provincial hearing. *In every Province, Governments and the profession* rejected the idea of an arbitrated tariff and the concept of binding arbitration. On the other hand, many individual physicians communicated to me their support for binding arbitration.

Governments appeared adamant in rejecting extra-billing. The profession was equally insistent on its right to perpetuate this practice, even in some instances, to the point of asserting the right to withhold services (strike) as a last resort if the right to extra-bill should be denied by law.

## Compulsion

Denial of the right to extra-bill is claimed by the medical profession to be compulsion or, as some put it, conscription of the profession. This is a serious charge, if true. The *Royal Commission* dealt with a similar allegation at page 740 of Volume I of its report. Regarding compulsion, it said:

“This is an important issue, since it lies at the roots of our democratic system. The essential point to be made is that society, in its collective judgement, has found it necessary to use the force of law to achieve a number of socially desirable objectives: attendance at school, payment of taxes to support schools, licensing of physicians to prevent unqualified persons from practising, regulation of insurance companies, to mention only a few. There can be few who would oppose the element of compulsion present in any of these examples.

The most relevant example is, of course, compulsory education. But it should be noted that there is a great and fundamental difference between a government-sponsored health service and compulsory education. Compulsory education requires compulsory financing (through taxes) and compulsory attendance at school. In contrast, a health program requires only payment of taxes; there is no compulsion on anyone to accept or obtain services. *Moreover, as long as the providers of the service remain as independent self-governing professional practitioners with whom the insuring agency, on which the professions are represented, makes a contract, they are not employees of the state.* As a matter of fact, in a situation such as exists in those Provinces financing

<sup>1</sup> *Royal Commission on Health Services (1964), Volume 1, Chapter 1, page 12.*



their hospital insurance program from indirect revenues, it is almost impossible to discover any element of compulsion with the hospital services in any form whatever. In fact, the greatest result has been an extension of freedom, — freer access to facilities, and freedom from fear of financial consequences."

The Commission said and I emphasize: "As long as the providers --- with whom the insuring agency --- makes a contract." It is trite law that the making of a contract requires a *consensus ad idem* by all parties to the contract. In the absence of a contract, some alternative must be found to resolve the stalemate.

This has not been an easy conflict to resolve. I am fully aware of the stress physicians appear to be enduring as they purport to see their status and position in relation to other professionals and wage-earners eroded in recent years.

A factor which seemed to concern and annoy physicians and their spokesmen, and I believe with justification, was the manner in which payments to practising physicians were almost universally given out and published in gross figures by the Provincial Commissions and headlined by the media. This has created an impression and belief in the general public that physicians' incomes are much higher than they are. It is accepted by the Income Tax authorities that the gross income of physicians includes some 40% of expenses incurred in earning that income.

It means that physicians who are publicized as receiving, say \$80,000.00 actually retain \$48,000.00 before taxes. I am not suggesting that \$48,000.00 net before taxes is not a substantial figure, but it is not \$80,000.00 as the public is unfortunately permitted to believe.

Some physicians sense a loss of status or prestige as other occupations catch up to them in the economic race. Those who feel this way overlook that this "catching-up" process is a developing phenomenon of the age in which we live wherein those in the lower economic strata are justifiably attaining proportionately higher returns percentage-wise as the cost of living, which continues to rise, bears most heavily on them (See Table 10). The income of the physician continues to rise but at a lower rate percentage-wise.

***The real point is the right of physicians to be adequately compensated for their services: no more, no less.***

***I reject totally the idea that physicians must accept what any given Province may decide unilaterally to pay. I reject too, as I did in the report of the Royal Commission, the concept of extra-billing.***

## **Criteria Relied Upon**

These then are the two cornerstones upon which my conclusions on this issue are based:

- (1) That physicians are entitled as a right to adequate compensation for services rendered.
- (2) That if extra-billing is permitted as a right and practised by physicians in their sole discretion, it will, over the years destroy the program, creating in that downward path the two-tier system incompatible with the societal level which Canadians have attained.

Consideration and discussion of the question of outlawing extra-billing however resorted to must always be accompanied by a recognition of the physician's right to adequate compensation and vice-versa. A solution to the problem concerning the right to adequate compensation must be accompanied by a recognition that extra-billing within the system is not permissible.

These two elements must always co-exist; there cannot be recognition of one without recognition of the other. Separation for any reason will distort and render invalid any argument or publicity relating to what I am now proposing.

The real and fundamental question that has to be faced and resolved is how can these two basic principles or ideas be twinned and harnessed so as to achieve survival of the health services program. It is a pure question of survival. Repetitive conflicts year after year that may result in strikes by physicians in one or more provinces must be prevented. This can be achieved through the creation of a mechanism that will avoid strikes and at the same time assure physicians of adequate remuneration.

This gordian knot has to be broken by some means short of effecting a conscription of the providers or the withdrawal of services by them. If physicians are adequately paid, there will be no need for extra-billing nor for strike action.

***My conclusion and recommendation is that when negotiations fail and an impasse occurs, the issues in dispute must be sent to binding arbitration, to an arbitration board consisting of three persons, with an independent chairperson to be named by the chief justice of the relevant Province and one nominee from the profession and one from the Government.***

Provinces have the power to outlaw extra-billing and should do so. It must be a condition of any legislation outlawing extra-billing or balance-billing, in whatever form invoked, that the Province enacting such legislation will itself in the legislation agree to accept binding arbitration as now proposed. The two elements must be twinned. The legislation should also include a privative clause denying any right of appeal or attack on the arbitration board's finding by way of certiorari, mandamus, prohibition, injunction or any other proceeding whatever. What is needed here is finality. The right of the Cabinet to approve or disapprove of the arbitration award would no longer exist.

Just as the Courts of Law, as we know them today, whose judgements Governments and citizens must accept and follow, are civilized society's substitute for the resort to naked force, so may binding arbitration, even if seldom resorted to, be society's substitute for conflict and chaos in Canada's health services.

## **The Fee Schedule**

I do not advocate a national fee schedule for payment of physicians' services nor would I except the several arbitration boards to arrive at the same results. There are differences across Canada in financial expectations, costs of living, and costs of practice which make a single schedule for the whole country impractical. Nor is it within the constitutional authority of the Federal Government to legislate the way in which a Province and the physicians practising within its boundaries enter into an agreement. However, the Federal Government does have a responsibility to set objectives which will reaffirm the national character of Canada's medical care program. *The Medical Care Act* should be revised to provide:

- (1) *That extra-billing by physicians inhibits reasonable access to services and is contrary to the intent and purpose of the act.*
- (2) *That the Provinces should develop a mechanism to ensure reasonable compensation to physicians.*

### The Saskatoon Agreement

There is an additional item relating to the outlawing of extra-billing which requires consideration. It arises out of the provisions of Section 17 of *The Saskatoon Agreement* entered into by the Government of Saskatchewan and the College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan when the 1962 strike was being settled. Sub-section (C) of Section 17 reads:

"He (a doctor in Saskatchewan) may practise partly, largely, or entirely outside any voluntary Medical Care Scheme, and not be enrolled for direct payment by the *Medical Care Insurance Commission*. He will bill such patients entirely at his own discretion. The only requirement will be the submission of his bill to his patient in an itemized form, revealing, with the patient's permission, such information as is normally given to a voluntary medical care scheme. His only possible contact with the *Commission* will arise if it is necessary to clear up some detail of a patient's claim to reimbursement."

Section 17 (c) was carried into the legislation of 1962 by Section 29b(1) of *The Saskatchewan Medical Insurance Act* which reads:

"29b. — (1) Where a physician or other person providing services has not entered into an agreement with the commission, the Board of Health Region Number 1 or an approved health agency with respect to payment for insured services provided by him to beneficiaries and the physician or other person provides an insured service to a beneficiary, he is not subject to any of the provisions of this Act or the regulations made by the Lieutenant Governor in Council or by the commission relating to the provision of insured services to beneficiaries or the payment to be made therefor except that he shall, subject to subsection (2), furnish the beneficiary to whom he has provided the insured service with the information required to enable payment to be made under this Act to the beneficiary in respect of the insured service."

Section 29b(1) has been replaced by Section 24(2), RSS 1978, S-29, which reads:

"(2) Where the physician or other person providing the insured service has not entered into an agreement with the commission, the Board of Health Region Number 1 or an approved health agency with respect to payment for insured services, he is not subject to sections 16 and 49 and is not required to furnish the information mentioned in subsection (1) if:

(a) before providing the insured service he informs the beneficiary that he has not entered into an agreement with the commission, The Board of Health Region Number 1 or an approved health agency with respect to payment for insured services provided by him to beneficiaries and that he does not wish to furnish the beneficiary with the information required to enable payment to be made under this Act to the beneficiary in respect of the insured service to be provided; and

(b) the beneficiary, upon being so informed, elects not to receive payment under this Act in respect of the insured service to be provided to him by the physician or other person. 1972, c. 111, s 7."

If extra-billing is to be banned in Saskatchewan, the 1978 Act will require amendment accordingly. The profession in Saskatchewan questions the morality of such an amendment



in light of the *Saskatoon Agreement*. This question was raised at the Saskatoon hearing when the Government of Saskatchewan was presenting its brief.

It is difficult and serious question. A government should not lightly and unilaterally terminate an agreement or a major provision thereof. The power of the Legislature to do so, however, cannot be questioned. Do the circumstances and conditions of Medicare in Canada at this time warrant and justify denial of the doctors' right in Saskatchewan to function and bill patients under Mode C. Physicians in other provinces have justified extra-billing on their part as being consistent with the Saskatchewan legislation.

I believe that the circumstances and conditions do justify such a denial. In 1962, it was only Saskatchewan that was covered by the *Saskatoon Agreement*. Today we are concerned with what is hoped to be truly a National Health Program with national goals and universal conditions. The program must be Canada-wide in its basic provisions. It must apply universally. The population is very mobile. Different modes of billing patients in different provinces can only lead to confusion and denial of accessibility to many. The overall requirement that extra-billing be suppressed overrides the right of Saskatchewan doctors to continue this practice which if not suppressed will lead in time to the demise of the program.

### Opting-Out and Non-Participation

Before parting with the subject of extra-billing I should refer to the situation in some Provinces.

#### Quebec

In Quebec, the legislation defines physicians as participating and non-participating physicians. A physician is either wholly in or wholly out. It defines non-participating physicians as:

"(b<sup>a</sup>) 'non-participating professional': a professional who practises his profession outside the scope of the plan established by this act but does not agree to be remunerated in accordance with the tariff provided in an agreement or who is the subject of an order issued pursuant to section 62, and all of whose patients alone assume payment of the fees which include the price of medications in the case of pharmacist:" *Quebec Health Insurance Act*, s1 (d) of Bill 84, Feb. 15, 1979, Vol. 2

and in respect of extra-billing, it provides:

"24a. A 'professional in the field of health' shall not exact or receive, for insured services furnished by him to the beneficiary as a professional who had withdrawn, any remuneration other than that provided for in an agreement; any covenant to the contrary is null ipso facto." *Quebec Health Insurance Act*, s20 of Bill 84, Feb. 14, 1979, Vol. 2, No. 10

I am not aware of any similar legislation in any other province.

Opting-out in the other Provinces and Territories does not mean the same as "non-participating" in Quebec.

There is the other alternative open to physicians as provided in Quebec, where physicians elect not to participate in the health program and remain free agents. However the consequences to the patients of such non-participating physicians are serious. Those patients are without recourse to the paying agency of their Province for coverage or reimbursement. Only very few physicians in Quebec have chosen to travel this road.



## Ontario

Section 19 of *The Ontario Health Insurance Act*, R.S.O., 1972, c91 reads:

19-(1) Every contract of insurance, other than insurance provided under section 231 of *The Insurance Act*, for the payment of or reimbursement or indemnification for all or any part of the cost of any insured services other than,

(a) any part of the cost of hospital, ambulance and nursing home services that is not paid by the Plan;

(b) compensation for loss of time from usual or normal activities because of disability requiring insured services,

performed in Ontario for any person eligible to become an insured person under this Act, is void and of no effect in so far as it makes provision for insuring against the costs payable by the Plan and no person shall enter into or renew such a contract.

(2) A resident shall not accept or receive any benefit under any contract of insurance prohibited under Subsection 1 whereby he or his dependents may be provided with or reimbursed or indemnified for all or any part of the costs of, or costs directly related to the provision of any insured service.

(3) Subsections 1 and 2 do not apply to a contract of insurance entered into by a resident whose principal employment is in the United States of America and who is entitled to enter into the contract by virtue of his employment.

(4) Where payment is made to or on behalf of an insured person under a contract or agreement referred to in Subsection 3 and such payment is less than would have been made under this Act and the regulations for the same insured services, the General Manager may pay to or on behalf of the insured person the difference between the amount paid under the contract or agreement and the amount established by the regulations for the insured services for which payment was made under the contract or agreement.

(5) Subsections 1 and 2 do not apply for the first three months after a person takes up residence in Ontario.

***Similar legislation will be required in those Provinces, if any, in which extra-billing is not denied.***

It must be recognized that the great majority of doctors throughout Canada, including a number who bill or collect directly from patients, do not extra-bill. These doctors will not be affected by denying all doctors (other than those who elect not to participate in the program) the right to extra-bill.

Those doctors who are extra-billing or would want to do so cannot, in my view, claim to be being discriminated against or to be being denied proper compensation. The procedure I am recommending will assure them that all doctors will receive *adequate* compensation for their services.

The concept of final and binding arbitration, though opposed by the Medical Associations, is not rejected by many doctors. I have received many letters from individual doctors advocating and supporting the idea.

It is not without significance that the Professional Association of Interns and Residents, representing 2,500 Ontario members in an open letter, published in the June 27, 1980 issue of *Globe and Mail* said in part:

"We do not want to leave sick patients. We cannot accept a process (without services) which forces us to do so. *That is why we need binding arbitration.*"

Extra-billing as now practised, particularly in an area where most or nearly all doctors extra-bill, must result inevitably in a denial of accessibility to some patients and a violation also of the principle of portability, both so essential to a nation-wide program.

The idea of doctors striking or withdrawing their services was said to me by the Medical Associations to be totally repugnant to the whole concept of service to humanity which has developed over the centuries, resulting in the status of the medical doctor and the esteem in which the profession has been and is held today by all citizens.

That status and that esteem did not flow from the fact that the doctor was a high earner but rather from the recognition and appreciation of the service rendered by those in the profession.

### **Physicians' Remuneration**

I did not interpret my *Terms of Reference* as requiring me to deal definitively with the quantum of physicians' remuneration. That is a matter that varies or may vary from and Province to Province and the solution I have recommended, — namely binding arbitration, will assure both the provincial authorities and the profession of a fair and just tariff.

It will be in such an atmosphere that such items as the fee for office visits and house visits and other items can be seen in proper perspective. Consideration might also be given in such proceedings to structuring some form of pension program for self-employed physicians under which Health Commissions would contribute a percentage as is done in the case of salaried physicians by their employers.

### **Ancillary Items**

There are ancillary items that should be put in place. *The Income Tax Act* should be amended to provide:

**(a) *That monies spent by self-employed, practising physicians on continuing education and on refresher courses should be allowed as a deduction under The Income Tax Act;***

**(b) *That were a physician's wife works for the physician, the salary paid to her should be deductible as a business expense;***

**(c) *That the Federal Sales Tax on medical supplies purchased by self-employed physicians in the course of their practices be eliminated.***

### **The Wolfson Study**

I commissioned a study on physician incomes by A. D. Wolfson, R. G. Evans and J. Lomas. This study, when compared with a similar study produced in March 1980 by the Department of National Health and Welfare and with figures and comments made in a submission from the Canadian Medical Association and in particular a study on physicians' incomes furnished to me by Professor R. D. Fraser of the Department of Economics, Queen's University, Kingston, impels the conclusion that all figures currently used and discussed, are at best estimates. They vary from region to region, Province to Province and on the base year used in the computations.

The fact remains however, that physicians' incomes are amongst the highest in the professional categories. Their peak incomes occurred in 1971 and this is highlighted in the *Wolfson Report*. No doubt the advent of *Medicare* in 1970 contributed to that result but it was not the only contributing factor.

In the *Wolfson Report*, I find the following at page 31:

"A review of physician incomes under Medicare yields two seemingly contradictory conclusions. On the one hand, it is clear that the introduction of Medicare had a very significant positive short run impact on the average earnings of Canadian physicians. Nevertheless, it is equally apparent that in the period following the consolidation of the provincial insurance programs, i.e. the mid-seventies, physician incomes lost ground both in terms of purchasing power and in relative terms vis a vis other professionals and taxpayers in general. Recently this trend has been moderated or reversed; physicians incomes have risen more quickly than other professionals' in the past few years and now appear to be keeping pace with inflation."

*The Canadian Medical Association* says in a comment on the *Wolfson Report*:

"Most of the Report is taken up with an argument to support the concept that the usual indices reporting medical incomes provide a low estimate and that a new definition should be accepted for determining who is a full-time doctor and what average income is attributed to that group.

We have, over time, examined all of the income series which have been developed and none is completely satisfactory. For example, the Ontario Medical Association has used for fee distribution purposes a series with a threshold of a net income of \$20,000. Their section of General Practice has been critical of this series because from their experience they indicate that it excludes some doctors who are in full-time general practice.

You will be aware that within the practising profession, we have doctors who spend relatively few hours a week in their practice, whose services are underutilized but who, in fact, consider themselves to be full-time practice. You will also be aware that we have a number of "workaholics" in the profession who work extremely long hours and who may in some instances perform as many services as two other full-time practitioners in their specialty. We know of no way to adequately reflect these extremes when evaluating incomes."

I am not in a position to judge between the various estimates of gross or of net physician incomes on any national basis. Provincial incomes must be what will apply in any given Province and no two are exactly alike. The Provincial arbitration boards will in the final analysis have the task of determining whether present income figures are or are not adequate.

## Doctor Supply

I cannot conclude this chapter without a reference to the growing concern being expressed about the fact that individual doctors expect "reasonable" income levels and if Provincial Governments are expected to adjust payment schedules for individual items to a level which guarantees these incomes, it must be assumed that each doctor has a full caseload of patients who are medically in need. It must be assumed that steps have been taken to match the supply of physicians with the need for their services. If an over-supply of doctors in an area persists, pressure will be placed on the provincial government to unnecessarily inflate the payment schedule to generate the desired income of doctors. The doctor



supply dilemma must be addressed, otherwise, there will be increasing conflict between doctors and provincial payment agencies over fee schedules.

### **A Manpower Study**

I am accordingly making a recommendation that the Federal and Provincial and Territorial Governments move quickly to set up and fund a medical manpower survey in association with the *Canadian Medical Association*. The present ratio, Canada-wide is one physician to 666 citizens as is shown in Table 11. If present recruitment into the profession continues, that ratio may well be one physician to 300 citizens by the year 2000. Such a ratio would create a situation whereby it would be impossible for a Province to support the number of physicians who would be looking for the income that physicians in an area with a much higher ratio of physician to population would be receiving. Concern that some areas or cities in Canada may now be approaching an over-supply situation is not wholly unknown today.

This is a field to which the manpower study I recommend must give special and immediate attention. This study which I believe is urgently needed would also deal with the problem of under-supply in certain specialties such as anaesthesia, psychiatry and ophthalmology. These specialties now in short supply, must be encouraged and incentives given to enter and remain in practice in under-served areas.

***I recommend that the Deans of Medicine participate in this manpower study to deal with anaesthetists, ophthalmologists and psychiatrists.***

The manpower situation may be affected by the entry of women into the profession in greater numbers. The enrollment figures show an increasing number of women graduates. The question is, now how many will practise full-time or part-time and how mobile will they be. The answer will not be known for some years. It is something this manpower survey must deal with and with due regard to the views of women.

*The Canadian Advisory Council on the Status of Women* submitted a brief that is a severe indictment of health services as they affect women. This submission says in part:

"The illness orientation focused on curing, which has gained overwhelming pre-dominance under the present health care system, negates the total health needs of women and denigrates the preventive, community-based caring approach to health care which women have traditionally practised. Only by reclaiming and redefining the necessary partnership between caring and curing will women's needs and rights be achieved and will equality of health care for all Canadians be attained.

For many centuries women were the prime caretakers of health. As midwives, as village "wise women", as recognized community healers, they possessed extensive knowledge of the art of healing, shared it widely among their community members and passed it on from one generation to another. Women as healers emphasized natural remedies and supportive, holistic treatment. They were readily available to the poor, knew firsthand the ailments of women and their reproductive systems, and were oriented toward community needs.

They were the unlicensed doctors and anatomists of Western history. They were pharmacists cultivating healing herbs and exchanging the secrets of their uses. They were midwives, travelling from home to home and village to village. For centuries women were doctors without degrees, barred from books and lectures, learning from each other, passing on experience from neighbour to neighbour and mother to daughter. They were called "wise women" by the people, witches or charlatans by the authorities.

With the growing emphasis on medical "science" and professionalism, women were excluded from both the knowledge and the practice of medicine. University-trained, upper-class males replaced women as the primary health officials. Advances in medical technology reduced the influence of self-taught female healers and left women with the task of serving rather than diagnosing and treating. Women regressed from a position of independence and knowledge to one of almost total dependency. Health cures became a lucrative consumer item to be marketed by the male health entrepreneurs. Health care lost its focus on the total needs of an individual, on the necessary balance between physical, mental and social well-being.

In Canada as in Europe, the initial health care givers were women. As community-oriented "wise women" in native and white settlements as nursing sisters associated with religious orders, women used natural remedies and patient-focused care to maintain and restore health. Women were an integral part of the developing country and were highly prominent and popular healers.

However, as industrialization increased, as families migrated to cities, as the medical establishment organized its members, the community-based work of female health workers was undermined. Hospitals were established through Provincial grants; medical procedures became increasingly sophisticated; and medical knowledge became the monopoly of those educated in medical schools."<sup>7</sup>

This viewpoint and the others stressed in the submission must be recognized and faced up to in the manpower survey I have recommended. Women must be adequately represented on the survey panel.

It is imperative that a study as thorough as that done by Professor Judek in 1964 for the Royal Commission, be undertaken as part of the manpower study.

---

<sup>7</sup> Submission to Mr. Justice, Emmett M. Hall, June 1980 by the Canadian Advisory Council on the Status of Women, Ottawa



TABLE 10

Average Incomes of Selected Occupational Groups, Canada, 1957, 1971, 1978

	Physicians <sup>(1)</sup>	Lawyers, Dentists, etc. <sup>(2)</sup>	(Weekly Wages and Salaries) x 52 <sup>(3)</sup>
<u>Average Income (\$)</u>			
1957	13,978	12,169	3,531
1971	39,555	24,533	7,157
1978	54,610 <sup>(4)</sup>	43,035 <sup>(5)</sup>	13,799
<u>Per Cent Changes (%)</u>			
1957 to 1971	183.0	101.6	102.7
1971 to 1978	38.1	75.4	92.8
1957 to 1978	290.7	253.6	290.8
<u>Index (Phys. = 100.0)</u>			
1957	100.0	87.1	25.3
1971	100.0	62.0	18.1
1978	100.0	78.8	25.3

(1) Average net income from all sources of taxable self-employed physicians. Source: Taxation Statistics, Revenue Canada Taxation.

(2) Weighted average net income from all sources of taxable self-employed lawyers, dentists, accountants, engineers, and architects. Source: Taxation Statistics.

(3) Average weekly wages and salaries (industrial composite). Source: Statistical Review (various years), Statistics Canada.

(4) Preliminary. Final figures are not expected to become available until July or August of 1980.

(5) Preliminary for Lawyers, Dentists and Accountants. The figure for Engineers and Architects was estimated.

Population, and Population per Active Civilian Physician, Canada, By Province, December 31, 1978

	Population ( '000)	Population per Active Civilian Physician			
		General and Family Practitioners	Specialists	All Physicians Excluding Interns and Residents	All Physicians Including Interns and Residents
Newfoundland	572.9	1,377	2,502	888	708
Prince Edward Island	122.3	1,344	2,352	855	832
Nova Scotia	845.4	1,206	1,523	673	549
New Brunswick	699.2	1,748	2,132	960	890
Quebec	6,289.6	1,522	1,138	651	542
Ontario	8,479.9	1,250	1,328	644	529
Manitoba	1,029.9	1,310	1,409	679	559
Saskatchewan	952.5	1,248	2,131	787	678
Alberta	1,985.2	1,417	1,622	756	627
British Columbia	2,555.8	1,071	1,261	579	528
Yukon	21.8	948	4,360	779	779
N.W.T.	43.1	1,437	3,918	1,051	1,051
Canada	23,597.6	1,317	1,347	666	559

Sources: Physicians —  
Population —Postcensal Population Estimates for Canada  
and the Provinces, January 1, 1979.  
Statistics Canada



## CHAPTER 4

### The National Standards

#### I. Portability

I received numerous submissions dealing with the fact that because the Provincial tariffs were not uniform, citizens of a Province taking ill or needing medical or hospital services in another Province found:

- (a) That they had to pay the provider then and there;
- (b) That there was no reciprocity between Provinces in the matter of insured charges;
- (c) That on returning to their Province of residence, they found difficulty and great delay in being reimbursed or partially reimbursed for expenditures incurred while absent from home;
- (d) That when sent to a specialist in another Province by their own physician, they were only reimbursed in part according to the tariff of the resident's Province.

Portability of benefits is linked to both "entitlement" to benefits and to "comprehensiveness of coverage". The first involves the validity of one's protection when moving from one Province to another, or travelling outside one's Province, and the second refers to the value of the authorized benefits in relationship to the expenses incurred.

Legally, issue number one has been settled through Federal-Provincial consensus incorporated in the respective health care acts. The legislation provides uniform definitions of residence, maximum waiting periods (three months) for entitlement when one moves to another Province and obligations to maintain insured status for three months with regard to insured persons who have emigrated. Insured persons retain an insured status while temporarily absent from the Province.

The portability issue also depends on the prices of health services received in other than one's home Province or outside Canada and is often a serious issue for travellers to the United States where both medical and hospital services are generally higher in cost. Most Provincial programs set as a maximum for out-of-province benefits the amount they would pay to providers within the Province. Where trans-border transactions are frequent, many Provincial plans have negotiated contracts with out-of-province providers, so that it is doubtful that much more can be accomplished in this regard.

The major problems seem concentrated on administration, particularly with regard to proof of insured status; as for example, uninsured transients from Ontario seeking care in Prince Edward Island; or with regard to students at out-of-province universities; or simply with regard to patients who do not have the insurance identity card with them, or, although having the card, but not having paid current premiums, they are not in an "insured status". Many doctors and hospitals are solving their problems by requiring payment in advance. This creates problems for patients.

It is also a major problem for those doctors, hospitals, or community health centres located in inner city cores, tourist centres and summer resorts, which serve a great many transients. The magnitude of this problem was stressed by the Centretown Community Resource Centre and also raised by the Dalhousie Community Service Centre at the Ottawa hearing.



There is now in existence a Federal-Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Care Services, which reports to the Federal-Provincial Conference of Deputy Ministers.

It is in order for me to quote from a letter received from the Hon. Dennis R. Timbrell, Minister of Health for Ontario. He writes in part:

"The *Advisory Committee* administers the Federal-Provincial Agreement on Eligibility and Portability which deals with problems Canadians may experience moving from one Province to another. The agreement created the *Health Insurance Supplementary Fund*, and since July 1st, 1972, the Fund has paid accounts for those who through no fault of their own, found themselves without insurance coverage to pay their bills.

The *Advisory Committee* is also working on an agreement that will eliminate direct charges for hospital out-patient services. I am sure that this will be of great assistance to the travelling public, since many of their hospital services are received in emergency departments.

I would be willing to have the *Advisory Committee* consider solutions to the problems of portability that have been expressed to you. This committee develops its own agenda, so work could begin with a minimum of delay. I am sure all Provinces would want to try to improve payment arrangements for their travelling residents."

I have had similar assurances from the Provincial Health Ministers.

I accept that there will be differences in various Provincial tariffs, however these are arrived at, but surely it should not be impossible or even difficult for the Health Ministers of the Provinces and of the Territories to work out a procedure whereby the coverage in one Province would be honoured in all other Provinces. In this way, the health program would be truly nation-wide in scope, diminishing the trauma for citizens who fall ill or require services while temporarily away from home.

***I recommend that the Provincial Ministers and their counterparts in the Territories meet and work out this problem which is one of great annoyance to many Canadians.***

## 2. Comprehensiveness

The *Report* the *Royal Commission* had noted in Volume I, page 10, what is called the paradox of our age: the enormous gap between our scientific knowledge and skills on the one hand, and our organizational and financial arrangements to apply them to the need of mankind on the other.

The Review has revealed what might be termed another paradox, that is, how greatly we have narrowed that gap in just 16 years and at the same time, how far we have yet to go.

In the Health Charter, "comprehensive" was defined to mean "all health services, preventive, diagnostic, curative, and rehabilitative, that modern medical and other sciences can provide."

In its first recommendation, the Commission listed the programs it envisaged in such a comprehensive package:

- Medical Services
- Dental Services, for children, expectant mothers, and public assistance recipients
- Prescription Drug Services
- Optical Services for children and public assistance recipients
- Prosthetic services

- Home Care Services
- Mental Health Services.

Among the principles the Commission enunciated as being fundamental to its recommendations was that "personal health services should be universally available on uniform terms and conditions for all residents."

In retrospect, it is extraordinary how quickly the Canadian Federal and Provincial Governments acted on the *Commission's* recommendations. By the beginning of 1971, all Provinces and Territories had medical services programs in operation. For hundreds of thousands of Canadians, indeed, if not millions, the barriers to the "the fruits of the health sciences" were removed.

With the rapid increase in our hospital resources in the fifties and sixties and in our physician supply in the seventies, the "comprehensiveness", in the sense of available resources of skilled personnel, hospitals and technology, was greatly enhanced.

But simultaneously, and particularly since 1978, "comprehensiveness" was being diminished in all Provinces but Quebec and British Columbia as some physicians began to extra-bill some of their patients. The twin evils of means-testing by physicians and price discrimination for medical services that we thought had been banished forever began to reappear on an unacceptable scale. A program whose benefits do not meet the full costs of the services provided can in no way be considered comprehensive nor can it be considered to be available on uniform terms and conditions. Extra-billing thus violates these two principles of the national health program.

### 3 Accessibility

The matter of accessibility is more pronounced in the Provinces which collect premiums from residents, those being Ontario, Alberta and British Columbia.

Failure to pay the premium does not automatically deprive a resident of coverage but what was emphasized at the Ottawa hearing and elsewhere was that many who are in arrears are not aware of their right, upon application to the *Ontario Commission* to be exempted from payment. I see no escape from this predicament so long as premiums are applied.

The right to be exempted fluctuates in the case of many citizens who do not automatically qualify, such as old age pensioners and those on social aid.

*The Royal Commission*, in its 1964 report, accepted the fact that premiums would be a legitimate way for a Province to raise funds to finance a *Medicare Program*. I cannot say that the practice is bad; although residents in all the three Provinces still imposing premiums were strong in their demands that the premium system be abolished. I think it would not be practical to make such a recommendation at this time or in any precipitate manner.

I do believe however, that as economic conditions improve throughout Canada, the three Provinces in question should give serious consideration to dropping the premium system, probably by yearly stages over a period of, say, five years, thus bringing all Canadian residents into the same pattern of coverage and accessibility.

It is beyond question, from what I heard in those three Provinces, that some, if not many, feel deprived of accessibility and actually are deprived in fact, because of their economic status and condition.

Accessibility is also made more difficult to some by the imposition of so-called *authorized hospital ward charges*, — this despite generous exemptions to various categories of patients in the Provinces which impose such charges. These Provinces are Newfoundland, Quebec, Ontario, Manitoba, Alberta and British Columbia. This policy and practice of imposing hospital ward charges is an application of the “*user pay*” concept which is contrary to the principle and spirit of the *National Health Program* advocated by the *Royal Commission* in 1964 and legislated into being by the *Medical Care Act* of 1966.

Accessibility (other than geographic) has been noted and discussed under two headings, namely:

- (1) extra-billing by physicians in Chapter 3 and,
- (2) in this Chapter as a result of the imposition of premiums and hospital ward charges.

The problem of accessibility is not by any means confined to these two elements. There is another element which is of importance and which actually deprives many patients of needed and emergent care. It arises out of the closure of beds for two months each summer because hospitals are without funds to employ nurses to replace those taking their vacations in these months. The practice and policy of Provincial Governments is to allot a specific budget to a hospital. The hospital must then under that budget, adjust its operations within the budget. This has made hospitals tailor their operations, cutting corners and services wherever they can.

Driven to alternatives, closing beds and even wards has become a common practice. It is a practice which physicians, particularly pediatricians and psychiatrists have complained to me, is a bad one. They do not fault the hospitals but the provincial governments which by limiting the hospital budget know that the closing of beds will be the result, then governments disclaim responsibility saying the decision to close is the hospitals' decision.

Driven to close beds, hospitals pick on psychiatric and pediatric beds. The effect was summarized in a submission made to me by a leading psychiatrist who, in commenting on closure in a certain hospital said:

“There is no doubt that every psychiatrist goes through literal hell trying to decide which patients might be a suicidal risk and, therefore, should be in hospital when there are so few beds available. I think I can say without any contradiction, there is no psychiatrist practicing....who does not bear some guilt because he did not admit a patient who committed suicide because there were not enough beds available. We all make mistakes, but when we make a mistake like that, we have to live with it for the rest of our lives.”

Pediatricians and surgeons doing pediatric surgery have told me that closure of beds in the summer months is especially prejudicial to children. Parents and guardians arrange for their children needing surgery to be seen and attended to in these summer months.

The problem is accentuated when closures are made in tertiary or base hospitals. It is to these hospitals that children with difficult and unusual problems are brought from a considerable and at times, great distances and are frustrated when arrangements having been made months in advance, are cancelled without warning for lack of beds.

Surely Governments should provide a budget to hospitals that will permit the tertiary and base hospital to service the needs of those without the voice of capacity to speak for themselves, namely the emotionally disturbed and the children.



Another complaint heard involving accessibility relates to restricting admissions to hospital emergency services and wards. Again this is blamed on budget restrictions and lack of staff. Surely the emergency doors should be open twenty-four hours a day all year round. Nothing less can suffice. Governments which approve of the *National Health Program* and demand its continuance must be consistent and they have a heavy responsibility to fund that service adequately.

#### 4. Public Administration

During my public hearings, a number of briefs urged that there be a return of the system to the "free market".

The implications of such a reversal of policy are great. For purposes of discussion, if it is assumed that Canadian insurance companies and non-profit plans would achieve an administrative overhead cost of the average of those two types of plans in the United States (approximately 12.5 per cent), then the net increase in administrative costs for *Medicare* alone in 1979 would be 10 per cent (12.5% - 2.5%) of \$2,772 billion or an additional \$27.7 million.

There are two sources available to meet such an added cost burden: either an increase in taxes, or a decrease in physician payments, or a combination of both. There would be large, additional costs, as the *Royal Commission* pointed out in 1964; for example, the costs of means-testing those who need subsidy. The Commission rejected the proposal then not only on the grounds of greater administrative costs but also on the grounds of inherently greater inefficiencies, as the pre-Medicare experience in several Provinces attests. I see no reason to waste more money in administrative overhead now than then.

In any arrangement for prepaying the costs of health services whether by commercial insurance, prepayment service-type plans or government programs, a prime concern is the added costs of administering the pooling mechanism. The fundamental question is: "*How much is added to the cost of the health services for the advantages that prepayment confers?*" In commercial insurance and prepayment plans that cost is simply the difference between the dollar value of premiums collected and the dollar value of the benefits paid out. This amount will cover enrolment costs, administrative costs and, in the case of commercial insurance, commissions to salesmen, taxes and profits. Part of the costs will be hidden, such as the costs borne by employers in accounting for and transmitting premiums on behalf of their employees.

In a government program, the calculation is more complex, and varies with the type of taxation adopted. If premiums are used (and it must be noted that the term, "premium" as used by governments is a euphemism for a "head tax" or "poll tax", but, it is a tax, nonetheless), the central administration costs are higher than if all the funds came from general revenues. In Saskatchewan, premiums were collected by municipal clerks who were paid a five per cent commission, a cost that was eliminated when the premiums system was abandoned. When British Columbia shifted from premiums to sales tax financing through an increase in the existing sales tax for its hospital plans from three per cent to five per cent, the savings attributable to a reduction of 300 administrative and clerical positions were minimal, since they were offset by a two-thirds increase in the commissions payable to retailers for collecting the increased sales tax. A shift to income tax financing, on the other hand, would entail no additional collection costs at all.

What is the Canadian record under *Hospital Insurance* and *Medicare*? In comparison with the arrangements preceding these two programs, or with current experience in the United



States, the results are indeed striking. The administrative costs for the ten provincial *Hospital and Medical Care Plans* are 2.3 per cent. Estimating office rent and maintenance costs (usually charged to the Department of Public Works) at 0.2 per cent, *Canadians spend 97.5 cents out of every health dollar on health services* and only 2.5 cents for the advantages of prepayment. The pre-1958 experience was as follows:

Type of Insurer	Benefits as % of	Premiums as % of
	Premiums	Benefits
Blue Cross	85	118
Commercial (Group)	76.5	130
Commercial (Individual)	58.2	170
Co-Operatives	85.8	116

With more streamlined procedures and the use of computers, these overheads would now undoubtedly be lower. One might assume that the Canadian experience would now be similar to that in the United States.

The most recent data (1977) for the United States reveals that the administration costs as a percentage of total costs were as follows: non-profit organizations, 6.97 per cent; and, for commercial insurance companies, 17.99 per cent. One might round the figures to 7 per cent and 18 per cent, respectively.<sup>1</sup> This means that, depending on the choice of carrier, only 93¢ or 82¢ of each health dollar is actually available for health services, indicating a much higher overhead cost for the advantages inherent in prepayment.

There is yet another major saving in administrative costs in the Canadian system and that results from the much simplified and reduced accounting procedures in hospital business offices when compared with the pre-hospital plan period or with U.S. hospitals now. The main difference is that, in United States hospitals, every patient's bill must be individually itemized and this, of course, means that all but the basic services must be individually priced. In Canada, the entire annual hospital budget is negotiated and paid in regular semi-monthly instalments, and the need for fee-for-service itemization is removed. The savings are substantial.

Although no such comparative data is available regarding administrative costs in doctors' offices, it is worthy of note that in the study of Quebec medicare by the American consulting firm, Mathematica,<sup>2</sup> the investigators observed that one of the "possible explanations as to why Quebec G.P.'s employ fewer aides than their U.S. counterparts include....the fairly simple billing procedures of the Quebec insurance system."

## 5. Universal Coverage

Universal coverage was defined by the Royal Commission in 1964 as meaning "that adequate health services shall be available to all Canadians wherever they reside and whatever their financial resources may be, within the limitations imposed by geographic

<sup>1</sup> United States, Department of Health, Education and Welfare, "Health Care Financing Review" (Fall, 1979).

<sup>2</sup> Study of the Responses of Canadian Physicians to the Introduction of Universal Medical Care Insurance, Mathematica Policy Research Inc., Princeton, New Jersey.

factors." Two factors are delineated here: (1) legal entitlement to program benefits, and (2) geographic access.

The question of legal entitlement to program benefits is obviously dependent first on definitions of residence. This matter has been satisfactorily negotiated by the Federal and Provincial governments although there appears to be administrative problems in actual practice that affect students, travellers, transients, local doctors, and out-patient departments. This aspect was dealt with under the heading "Portability".

The second aspect of universal coverage depends on the method of financing the program.

As has been noted, the government programs, in the main, had simply taken advantage of the precedents established by the prepayment plans and the insurance industry by adopting the premiums methods of raising revenues. The first launching of a government program in Canada, the *Saskatchewan Hospital Services Plan*, had the advantage of a uniform network of municipalities (many of which had years of experience in administering municipal hospital plans) and the municipal associations had urged not only that there be a province-wide plan but had offered to collect the necessary premiums (called, in Saskatchewan, "the Hospitalization Tax"). It was an extraordinarily effective system.

It will be recognized that a governmental, universal plan involves compulsory payment of a tax, as does universal public education, whether or not one uses the services. The test of compulsion is whether delinquent tax payers can be prosecuted.

The next Province to initiate a program intended to be universal was British Columbia and it, too, began with the premiums method. But, lacking the municipal network of Saskatchewan, it had to rely on both payroll deductions and a high proportion of individual direct billing, and there was widespread consensus that the system was not working. In 1954, the premiums levy was abolished and the sales tax increased from 3 per cent to 5 per cent. Simple proof of legal residence in British Columbia became the single criterion of eligibility for hospital benefits medically required. But the premium system was afterwards reinstated and as of July 1, 1980 the premiums per month were as follows: single - \$8.50; two persons - \$17.00; family of three or more persons - \$21.25.

In Alberta the premium was \$7.50 per month for single persons and \$15.30 per month for a family. These were increased by 15% on July 1, 1980.

In Ontario the premium was \$20.00 a month for single persons and \$40.00 a month for a family of four or more.

The issue of compulsory coverage was an important issue dividing the Federal Government and that of Ontario in 1955-56 with Prime Minister St. Laurent emphasizing the legal requirement that all residents of a Province be covered, if federal funds were to be forthcoming. Premier Frost resisted, and a compromise was struck. The Ontario program would be compulsory for all employees in establishments of fifteen or more employees, and those with six to fourteen employees could elect to become (and must remain) "mandatory groups."

The combination of these provisions and a very low premium (\$2.10 and \$4.20 per month), together with a convenient pay-direct system, brought an overwhelming response. It was estimated that, by 1962, over 97 per cent of all Ontario legal residents were insured for hospital services.

Nova Scotia, Quebec, and New Brunswick introduced their hospital services programs using general revenues, including increased sales tax, and avoided the premiums system.

In 1964, the Royal Commission on Health Services defined "prepayment arrangements as encompassing:

- (a) financing within a province by means of premiums, subsidized premiums, sales or other taxes, supplements from provincial general revenues, and
- (b) by federal grants taking into account provincial fiscal need." (The Commission thus also recognized "premiums" as a form of tax.)

The *Medical Care Act* was based on the same objective of universal coverage as that of the *Hospital Insurance Program*, but in this legislation the minimum degree of "universality of coverage" was set at 90 per cent for the first three years, and 95 per cent thereafter for a Province to qualify for the federal contribution. These standards still apply.

In the seven Provinces that do not use the premium system, there is, of course, no problem with the requirement of universality.

But during the public hearings, I was surprised at the wealth of complaints regarding the numbers of persons reported by community groups and by medical and hospital spokesmen, as not being insured in the three provinces of Alberta, British Columbia and Ontario which still levy premium taxes.

To ameliorate the economic impact of the most negative characteristic of premiums (which are, in fact, a form of "head tax" or "poll tax"), all three provinces have waived premiums for senior citizens and others with no taxable income, and have provided for reduced premiums for those with marginal taxable incomes.

This issue has been subjected to extraordinary public discussion in Ontario, particularly through the deliberations and report of a legislative committee in 1978, and I need not belabour the issue here. However, what both the legislative committee revealed and what various briefs submitted during my public hearings highlighted, is the very small percentage of those entitled to subsidy (that is, the working poor, and the temporarily unemployed) who actually apply for and receive the entitled assistance. Lack of knowledge of its availability, cumbersome administrative procedures, even difficulty in obtaining application forms (also, in part, through lack of knowledge) apparently create genuine barriers to insured status.

Under the cost-sharing system that operated until 1977, there was a genuine incentive for every Province to achieve the highest possible percentage enrolment, since federal *per capita* grants were calculated on the basis of the number of insured persons. Since 1977 that incentive no longer exists.

The extent of the problem is unknown. The numbers of uninsured is unknown, although some witnesses indicated that it might be more than 5 per cent tolerance permitted under the federal law. I do conclude that this matter requires immediate investigation.

## Other Services

The national goals of a complete range of prepaid health services recommended in the Royal Commission Report have not been achieved. As scores of briefs attested, the needs for these services still exist; those needs (only some of which have been met in some provinces) are nationwide, and, therefore, continue to call for national leadership and national action.



## Childrens' Dental Program

In Volume I of the *Royal Commission on Health Services* (1964) at page 35, the Commission said:

"There should be introduced as quickly as organization and recruitment can be accomplished a dental program for children using the services of dentists and dental auxiliaries. In the first year, say, 1968, all children aged five and six would be entitled to dental examination and restorative services, including, where necessary, referral to orthodontic and other specialists. In the second year, 1969, all children aged four, five, six and seven would be entitled to services, and in the third year, 1970, all children from three to eight. In each of the following years a succeeding single age group should be added. By 1980, all children up to the age of 18 would be entitled to services and all children then 18 would have had regular dental care throughout their formative years. We should like to see the children's program introduced in all Provinces simultaneously so that children moving from one Province to another do not lose continuity of service. In addition, any Province that has the resources should be encouraged to accelerate the program.

We have no illusions about the difficulties and problems that this decision will create. Financial resources must be made available to attract dental personnel into this program on a large scale.

Furthermore, we are aware of the problems created by the necessity to exclude from the program older children in the program. For this reason we believe that the program must be financed solely from Federal and Provincial general funds. That means there must be no specific "premium" for this program. We also believe this programme to be so important that it cannot await Federal Government and Provincial Government decisions on the comprehensive health program as a whole and of which this benefit might be considered a part. ***This program must have one of the highest priorities among all our proposals.***"

This recommendation has been implemented in varying degrees in the ten Provinces. Newfoundland has had a comprehensive children's program since 1950. Prince Edward Island has had one for ten years; New Brunswick has a limited plan covering children in remote areas; Quebec's plan provides full coverage for children under 16; Ontario has no provincial children's program; Manitoba, Saskatchewan and Alberta have well established comprehensive programs and British Columbia is inaugurating a program as of January 1, 1981 which will cover 415,000 children and 290,000 senior citizens.

## Unfilled Expectations - Federal Initiative Required

I do not propose to re-examine each of the program areas proposed in 1964 and not implemented. Federal and provincial health officials are fully aware of the remaining gaps. *But I do judge it essential that the Federal Government again take the initiative by matching grants in specified program areas.* It may be that the introduction of block-funding has created, in both public and governments, the notion that the federal role in health is completed. This is not so.

The case for national action to assist Provinces in meeting nation-wide needs remains imperative. Once the new programs have become fully established, they can if need be, be transferred to block-funding.



**The Future**

I am aware that under current fiscal constraints the Federal Government is unable to act as generously as it did in the 1950's and 1960's. On the other hand, without further federal action the gap between levels of service in high and low income provinces will increase, and the goal of a comprehensive health system will never be met.

---

## CHAPTER 5

### Hospital and Other Institutional Beds

#### Hospitals

The hospital bed situation in Canada is as shown in Tables 12 through 19 beginning on page 52.

As Table 15 shows there are 4.5 acute short-term hospital beds per thousand population. Ontario has the lowest ratio 4.2 with Saskatchewan the highest of the ten Provinces at 6.5.

There was a considerable increase in hospital beds in the 1949-1953 period. The target was 40,000 over five years. By 1953, 46,000 beds had been constructed or replaced.

Apart from this extraordinary construction period the increases have been quite stable until 1976 when the ratio of beds to population began a sharp decline.

That decline signifies a changing emphasis in direction, a shift to alternative, lower cost programs, and an expanding concern for cost-containment.

These factors are also reflected in the increasing resources of nursing homes and special care homes.

One of the salutary changes is the decreasing demand to almost zero of tuberculosis beds, and one that is also encouraging is the decline in mental hospital beds as they have been replaced by psychiatric units in general hospitals and by improved community resources.

The comments made and statistics given in Chapter 8 of the *Royal Commission Report* are applicable today but it has to be remembered that changes in the past ten years in technology and methods of treatment and the development of highly technical procedures in base hospitals have created new demands and problems. The policy throughout Canada of reducing the ratio of beds to population which is being systematically carried out actually before alternative facilities are available to accommodate patients being discharged from acute hospitals presents problems not envisaged in 1964.

#### Hospital Facilities — What of The Future

I did not have the time nor the resources to consider the future long range development of our hospital resources.

Fortunately, however, there was published in November, 1979, a Report by Statistics Canada titled, "*A Prognosis for Hospitals*"<sup>1</sup> which although restricted to pre-1977 data, is nevertheless invaluable.

The analysis examines the factors influencing population increase and, on the basis of various assumptions develops its projections. The major factors are:

- (1) Fertility; expected to continue its downward slide. From 3.54 in 1921 fertility

---

<sup>1</sup> *A prognosis for Hospitals*, L.A. Lefebvre, Z. Zsigmond, M.S. Devereaux, (Ottawa: Statistics Canada, 1979).

dropped gradually to a low of 2.65 in 1937, and did not exceed 3.0 until 1943. Subsequently, it rose to a high of 3.94 in 1959. In 1960 the rate began a steep, continuous drop, hitting 1.83 in 1976, well below the 2.1 replacement level. The projection of annual births to 2001 shows a 10 per cent rise to 396,600 in 1985, and then a drop to 338,400 at the turn of the century.

(2) Immigration: About two-thirds of all immigrants to Canada are younger than 30, and thus will be part of the older generation in the twenty-first century. Depending on rates of unemployment (immigration goes down as unemployment goes down), projections assume 150,000 entering immigrants and 75,000 leaving emigrants for an annual net gain of 75,000.

(3) Mortality is the final factor. We cannot foresee what scientific breakthroughs will be made in the near future that will affect crude death rates. Average male expectancy at birth rose from 66.3 years in 1951 to 69.6 in 1976, and is projected to be 70.2 in 1986. Female life expectancy is greater, and the gap is projected to widen: the corresponding figures are 70.8 in 1951, 76.9 in 1976 and 78.3 in 1986.

The population projections based on these trends and assumptions are shown hereunder:

Year	Population	Percentage increase over previous decade
1971	21,568,300	12.8%
1981	24,338,200	10.8%
1991	26,974,600	6.8%
2001	28,793,300	4.4%
2011	30,068,000	2.7%
2031	30,935,000	0.2%

The most significant factor from the point of view of health planning is, of course, the changing age composition of our population.

As the Report emphasizes the postwar baby boom has and will continue to have a profound effect on Canada's demographic compositions. That bulge that is gradually working its way through all ages is followed by a cohort diminished in size by the fertility turnaround. As a proportion of the population in 2001, persons aged 0-24 will have declined to 33% compared with 45 per cent in 1976. Adults 25-64 (that is, mainly the income earners) will have increased from 46 per cent to 55 per cent. Persons 65 and over will constitute nearly 12 per cent, compared with 8.7 per cent in 1976. That will mean that by the turn of the century, every eighth Canadian will be 65 or older. But it should be noted that the rate of annual increase is slowing down. The elderly increased rapidly in the 1961-71 period (25 per cent), much faster than the population as a whole (18 per cent). The growth was projected to accelerate slightly in the seventies (32 per cent) but then fall off in the eighties (29 per cent) and nineties (15 per cent) as a small cohort born in the Depression reaches 65.

These and many other factors, including major governmental policy decisions, will affect the impact of these major demographic factors on the shape, size, and utilization of our health services resources.

The extensive analysis in the *ECC Prognosis for Hospitals* is too detailed to be replicated here and, in any event, is available to health care planners and decision makers.

It will suffice here to reprint its summary findings.

#### **How Long Will 1975 Capacity Last?**

- Immediate expansion of hospital facilities may not be necessary if present capacity were more fully used. Utilization (patient-days related to capacity) dropped from 81.3% in 1971 to 76.8% in 1975. For reasons of economic conditions and the necessity to use existing capacity more fully, a return to the 80% level that prevailed throughout the sixties could forestall the opening of new beds for several years.
- Furthermore, if enough less-acute care facilities like nursing homes or non-institutional care were made available, present hospital capacity would likely be sufficient until the mid-1990's.

#### **Projected Requirements**

- Requirements for hospital care are expected to grow before the turn of the century beyond what present facilities can accommodate, and after 2000 the demand likely will accelerate.
- Planning will have to be initiated in the next decade to meet the anticipated increase in the demand for hospital space at the beginning of the next century as a result of a substantially larger proportion of the population in the older age groups.
- By 2031 total hospital patient-days are projected to rise to 84 million, not quite double the present 43 million. But those occupied by elderly people could more than triple from 16 million to 55 million, representing 38% and 65%, respectively, of all patient-days.

#### **Cost**

- Expenditures in constant (1976) dollars could rise from \$5.4 billion to over \$11 billion by 2031. This 109% increase is due to overall population growth, but most notably to the increasing number of older people.

#### **Option**

- The current scarcity of secondary health facilities **compels many patients**, particularly elderly women, to stay in hospital for extended periods simply because they have nowhere else to go. This expenditure could be gradually reduced if patients whose condition does not indicate full hospital services were transferred to less sophisticated facilities or provided with home care.

#### **Savings**

- Establishment of less-acute level care implies a potential saving on *hospital operating costs* of \$27 billion over the next 50 years.
- For instance, if from the early 1980's efforts to build nursing homes were intensified, perhaps 30% of projected patient-days could be spent in nursing homes rather than in hospitals. A nursing home patient-day is about one-fifth as expensive as one in a hospital (\$25 versus \$125).



- Not only are nursing homes cheaper to operate, but they are also less expensive to construct. In the mid-seventies the capital cost per bed of a general hospital ranged from \$40,000 to \$80,000 (excluding land). To build nursing homes, the capital investment per bed is about 60% of that for hospitals.

TABLE 12

**Estimated Number of Beds (Canada)  
at or about December 31**

<b>Hospitals</b>	<b>1958</b>	<b>1962</b>	<b>1972</b>	<b>1976</b>	<b>1978</b>
Acute Short-Term Care	91,965	101,766	115,176	108,701	106,694
Rehabilitation-Conv.	1,249	10,075	4,226	4,244	4,415
Extended Care (Chronic)	14,337	16,860	25,701	40,205	34,211
Psychiatric Units in General Hospital	2,985	3,500	4,940	5,921	
Other	48,579	51,700	36,917	17,640	25,235
Tuberculosis Sanatoria	172,133	185,142	188,828	176,804	170,585
<b>Special Care Homes</b>					
Nursing Homes	n.a.	18,685	43,100	49,145	53,739
Homes for Aged	n.a.	39,189	70,489	85,297	87,642
Mentally Retarded	9,432	14,805	16,939	16,853	
Other	—	—	6,719	13,289	30,886
Sub-Total	n.a.	72,679	137,247	164,584	172,267
Grand Total	n.a.	257,821	326,075	341,388	342,852

Data are as at December 31 for the years 1958, 1962, 1972 and 1976 except for special care homes 1972 and 1976 where totals are as at March 31 of the subsequent year. Figures for 1978 are as at March 31, 1979. Excludes psychiatric units in general hospitals. Excludes hostels, homes for child protection and homes for unwed mothers.

TABLE 13  
BED PER THOUSAND POPULATION CANADA  
AT OR ABOUT DECEMBER 31

	1958	1962	1972	1976	1978
<b>Hospitals</b>					
Acute Short-Term Care	5.3	5.4	5.3	4.7	4.5
Rehabilitation-Conval.	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2
Extended Care (Chronic)	0.8	0.9	1.2	1.7	1.5
Psychiatric Units in General Hospital	0.2	0.2	0.2	0.3	1.1
Other	2.8	2.8	1.7	0.8	
Tuberculosis Sanatoria	0.8	0.6	0.1		
Sub-Total Hospitals	9.9	9.9	8.6	7.6	7.2
<b>Special Care Homes</b>					
Nursing Homes	n.a.	1.0	2.0	2.1	2.3
Homes for Aged	n.a.	2.1	3.2	3.7	3.7
Mentally Retarded	0.6	0.8	0.8	0.7	
Other			0.3	0.6	
Sub-Total	n.a.	3.9	6.3	7.1	7.3
Grand Total	n.a.	13.7	14.9	14.7	14.5

TABLE 14

ALL INSTITUTIONAL BEDS <sup>(a)</sup> PER THOUSAND POPULATION

Province	1962	1972	1976	1978
Newfoundland	9.0	10.5	10.6	10.4
Prince Edward Island	15.2	16.5	17.3	17.5
Nova Scotia	12.4	15.2	15.4	15.8
New Brunswick	12.8	13.4	13.5	12.4
Quebec	12.9	13.6	13.5	12.4
Ontario	14.1	15.1	14.7	14.5
Manitoba	15.6	15.5	15.5	16.3
Saskatchewan	14.3	18.0	18.0	18.1
British Columbia	15.2	14.8	16.2	17.6
Yukon Territories	14.9	10.8	11.6	11.7
Northwest Territories	18.6	9.0	11.7	11.1
CANADA	13.7	14.9	14.7	14.5

Includes all beds in hospitals and homes for special care, except hostels, homes for child protection and homes for unwed mothers.

TABLE 15

ACUTE SHORT-TERM HOSPITAL BEDS <sup>(a)</sup> PER THOUSAND POPULATION

Province	1958	1962	1972	1976	1978
Newfoundland	4.1	4.2	5.2	5.0	5.1
Prince Edward Island	6.2	5.8	5.7	5.4	5.2
Nova Scotia	5.5	5.6	6.0	5.9	6.1
New Brunswick	5.5	5.9	6.3	5.7	5.3
Quebec	4.9	4.8	4.7	4.1	3.7
Ontario	4.8	5.2	5.0	4.4	4.2
Manitoba	6.5	5.9	5.5	5.2	5.3
Saskatchewan	8.4	7.4	7.5	7.0	6.5
Alberta	7.2	6.4	6.9	5.8	6.0
British Columbia	5.7	6.1	5.0	4.5	4.3
Yukon	8.2	10.4	6.8	6.9	7.1
Northwest Territories	30.5 (b)	16.7	8.0	9.7	8.8
CANADA	5.3	5.4	5.3	4.7	4.5

(a) Excludes psychiatric units in general hospitals. Includes federal hospital beds.

(b) Includes a number of tuberculosis units in general hospitals.

TABLE 16

**Rehabilitation — Convalescent Hospital  
Beds<sup>(a)</sup> Per Thousand Population**

Province	1958 (b)	1962 (b)	1972	1976	1978
Newfoundland	0	0.1	0.2	0.1	0.1
Prince Edward Island	0	0.3	0.3	0.2	0.3
Nova Scotia	0.1	0	0.1	0.1	0.1
New Brunswick	0.1	0	0.1	0	0.1
Quebec	0.1	0	0.2	0.2	0.2
Ontario	0.2	0	0.2	0.2	0.2
Manitoba	0	0.2	0.2	0.2	0.2
Saskatchewan	0	0.1	0.2	0.1	0.1
Alberta	0.1	0.1	0.3	0.2	0.2
British Columbia	0.1	0.1	0.2	0.2	0.3
Yukon Territory	0	0	0	0	0
Northwest Territories	0	0	0	0	0
<b>Canada</b>	<b>0.1</b>	<b>0.1</b>	<b>0.2</b>	<b>0.2</b>	<b>0.2</b>

(a) Includes federal hospital beds.

Limited to rehabilitation beds only. Convalescent beds were combined with chronic beds, and cannot be separately identified.



TABLE 17  
CHRONIC CARE HOSPITAL BEDS  
PER THOUSAND POPULATION

Province	1958	1962	1972	1976	1978
Newfoundland	0	0.2	0.2	0.3	0.4
Prince Edward Island	0.5	0.2	0.1	0.3	0.2
Nova Scotia	0.3	0.4	0.2	0.2	0.2
New Brunswick	0.4	0.3	0.5	0.4	0.4
Quebec	1.3	0.8	1.5	3.1 (a)	2.2
Ontario	0.9	1.2	1.1	1.2	1.0
Manitoba	0.7	1.1	1.1	1.1	1.1
Saskatchewan	0.1	0.5	0.6	1.2	1.3
Alberta	0.3	1.1	1.6	1.6	1.6
British Columbia	0.8	0.4	1.2	2.0	2.2
Yukon Territory	0	0	0.2	0.2	0.2
Northwest Territories	0	0.6	1.0	0.6	1.0
CANADA	0.8	0.9	1.2	1.7	1.5

Includes a large number of "converted mental hospital beds".

TABLE 18  
PSYCHIATRIC HOSPITAL BEDS <sup>(a)</sup> PER THOUSAND POPULATION

Province	1958	1962	1972	1976	1978
Newfoundland	1.5	2.0	1.5	0.9	0.7
Prince Edward Island	4.6	3.5	2.4	0.5	0.5
Nova Scotia	3.6	3.9	2.0	1.0	0.7
New Brunswick	2.5	2.5	2.2	1.5	1.6
Quebec	3.5	3.9	2.5	0.9	1.4
Ontario	2.8	2.5	1.7	1.0	0.9
Manitoba	3.1	2.5	1.3	1.3	1.1
Saskatchewan	2.4	2.4	0.7	0.7	0.7
Alberta	3.4	2.1	1.7	1.2	0.8
British Columbia	2.8	2.7	1.9	1.3	1.6
Yukon Territory	0	0	0	0	0
Northwest Territories	0	0	0	0	0
CANADA	3.0	2.9	1.9	1.0	1.1

Includes psychiatric units in general hospitals, but excludes all beds for the mentally retarded.

TABLE 19  
HOMES FOR SPECIAL CARE BEDS  
PER THOUSAND POPULATION (a)

Province	1962	1972	1976	1978
Newfoundland	1.3	3.0	4.1	4.1
Prince Edward Island	4.5	7.9	10.9	11.4
Nova Scotia	1.9	6.6	8.1	8.8
New Brunswick	3.1	4.2	5.4	5.8
Quebec	2.7	4.6	5.3	4.9
Ontario	4.7	7.1	8.0	8.2
Manitoba	5.3	7.3	7.8	8.6
Saskatchewan	4.2	8.8	8.9	9.6
British Columbia	5.5	6.5	8.2	9.1
Yukon Territory	4.5	3.8	4.5	4.5
Northwest Territories	0	0	1.4	1.4
CANADA	3.9	6.3	7.1	7.3

(a) Includes beds in nursing homes, homes for the aged, facilities for the mentally retarded, and an "other" category. Excludes beds in hostels, homes for child protection, and homes for unwed mothers.

The Canadian Hospital Association made a number of important and timely recommendations all of which merit consideration including:

**(1) Board Autonomy:** That the role of the local boards of trustees be made explicit to governments and to the public, and said in support. "A major principle which has guided Canada's development is that of local determination or autonomy. The concept of local autonomy is strong in the health care system. Boards of trustees for health care institutions are composed of volunteers from the community who have the overall responsibility to govern health care institutions. These boards create policies to meet the health needs in the community they serve.

This method of health care governance is a basic strength of the national health care delivery system. High quality health care can be largely attributed to the leadership provided by these voluntary trustees in every community.

Trustees are both legally and morally responsible for the operation of their health care institutions. This responsibility is misunderstood by government and in some instances by the public. Events and trends in health policy have brought into question the autonomy of boards of trustees.

Education for experiences and new trustees' should be available. This education is necessary because of the increasing complexity of hospital services, the institution's relationship with its community and the modern method of financing its programs. Experiences and new trustees should have the opportunity of orientation of continuing development programs as required.

Although the basic principles contained in the "Health Charter for Canadians" must be developed and monitored at the national level, it is the responsibility of local boards of trustees to enact these principles in the policies of their institutions.

While the "Charter" states that hospitals must be free from political control or domination and encourages administration at the local level, events and trends in health policy have cast a shadow on the autonomy of boards of trustees."

This subject of local participation and control was raised at virtually every hearing and should be recognized as a matter requiring remedial action by Provincial Governments.

**(2) Teaching Hospitals:** That consideration be given to the special commitments made by teaching hospitals; these additional functions of teaching and research be delineated and recognized by provincial governments; appropriate provision be made for funding of both direct and indirect costs; future funding mechanisms ensure adequate provision of clinical teachers necessary to provide the essential geographic commitment to tertiary patient care and teaching programs; the special funding program for capital assistance, to medical schools and their affiliated teaching hospitals, be reestablished.

and urged in support

"The teaching hospitals in Canada have extensive responsibilities for the provision of teaching resources and opportunities for experience of undergraduate medical students, interns and residents as well as for students of the other health professions.

Such experience is essential to the training of the student and cannot be provided in other settings. In provision of quality training, the teaching hospitals are faced with unique demands and costs not reflected in the budgets of non-teaching hospitals. Consideration should be given to the special commitments made by teaching hospi-



tals through their advanced diagnostic and treatment facilities and through their major teaching programs.

Most major teaching hospitals are heavily involved in tertiary diagnostic and patient care and in life support programs. Attraction and retention of skilled physicians to conduct these programs and associated teaching commitments is substantially related to the availability of geographic faculty both full time and part time. Such posts usually involve a financial commitment to the salary by both medical school and hospital, together with costs related to office accommodation and secretarial support. Progressive cutbacks in budgets is resulting in serious recruitment difficulties with consequent impairment of vital tertiary care programs and their associated teaching components.

The role of teaching hospitals is Province or nation-wide, hence total capital funding is not a legitimate charge against the communities in which they are located. Just as Canada required new facilities funded by the *Health Resources Fund* to provide physician manpower for national health insurance, so is funding needed to ensure continuation of medical education programs in the future."

**(3) Health Council of Canada:** That a *Health Council of Canada* be established as an independent body to examine national health care policy; the *Council* be governed by distinguished representatives of the health industry, government, and the public; and the Council be funded through public and private sources.

saying:

"The Canadian Hospital Association proposes an independent health council to review health policy and to provide the foundation for decision-making."

The Health Council of Canada as proposed by the Canadian Hospital Association would be modelled on other learned organizations such as the Economic Council of Canada, the Hudson Institute and the Institute for Research on Public Policy. The Council would be funded through public and private sources. The Council's board would be comprised of distinguished members of the health industry, government and the public. The Council would carry out policy research, generate information and publish its findings to raise the level of discussion of health policy. It would evaluate programs and examine alternatives to funding arrangements. The Council could perform other functions as needed by an evolving health care system."

**(4) The Canadian Council of Hospital Accreditation,** which is Canada's "watchdog of quality" in the hospital field noted that:

"There is convincing evidence that *accessibility* to health care, meeting high standards for quality under relative uniformity of terms and conditions *is more available* to the vast majority of Canadians than heretofore. It is further demonstrated that this improvement has been particularly evident in remote areas of the country, e.g. Newfoundland and Labrador and the Yukon/Northwest Territories."

and

"With the great increase in numbers of long term mentally ill discharged from mental health centres, there would appear to be great need to encourage development of mental health clinics and other forms of ambulatory services for the prevention and care of mental illness."

and

"Council recommends that continuing study be made to encourage small communities to follow the example of others by the pooling of their resources so that health care of improved quality may be available with greater economy. It is recognized that the savings would not be large. However, it is the belief of Council that the improvement in the quality of care available to many citizens would be considerable".

as well as other observations and recommendations all of which require serious study.

---

## CHAPTER 6

### Lifestyles and Health Care

In preceding Chapters I have dealt almost exclusively with the curative aspects of Health Care. There are other important elements which were emphasized at the hearings and in numerous briefs received by mail. Three were stressed:

- (1) Preventive Medicine
- (2) Rehabilitative Medicine
- (3) Community Health Care

#### 1. Preventive Medicine

It was urged that much of the illness and disabilities which ultimately become acute so as to require curative services can and should be prevented or mitigated.

I do not think that I can do better than repeat what was said in the *Royal Commission Report* on the subject.

"The Commission believes that the individual's responsibility for his personal health and that of the members of his or her family is paramount to the extent of the individual's capacities. Briefs from the health professions and other experts, and studies by our research staff emphasize the wide scope that the individual has for the determination of his own health and well-being. With the near disappearance of most communicable diseases, that range of self-determination has increased. Personal hygiene, cleanliness in the home, balanced diets, precautions against accidents, adequate rest, regular exercise, wise use of time for leisure and recreation; in short, temperate living - all of these are not only of first importance in the maintenance of health but are largely under the control of the individual, and in our opinion, are clearly his responsibility.

However, in this day of advanced medical knowledge and skill, these are not enough. The individual must assume responsibility for wise and prudent use of health services, for periodic health examinations, including regular dental examination, for assuring that the mother receives complete pre- and post-natal care, for seeing that children are properly immunized, and at the first sign of symptoms for consulting a physician or dentist. The wise use of available health services cannot be over-stressed. Much serious illness and unhappiness would be avoided if this were done. It goes without saying that since all such resources are scarce, it is the duty of the individual, as well as of the practitioner prescribing them, to see that the services are used with prudence and economy.

There are other obligations. These services cost money; therefore the individual must also be prepared to assign a reasonable part of his income by taxes, premiums or both to meet the costs of health services which will be faced by every person during the course of his lifetime.

In addition, the individual must assume responsibility as a member of organized society for meeting a fair share of the costs of providing health resources for the nation including those which give him protection through environmental controls, the educational institutions that advance our knowledge of life and disease processes and new methods of therapy.

These obligations and responsibilities we believe to be wholly compatible with the democratic concept of the individual in a free, self-governing society.”<sup>1</sup>

This statement is as valid today as when it was written.

### The Economic Benefits of Health Care

This was dealt with fully in Chapter 12, Volume I of the 1964 *Commission Report* and deserves rereading now. The Commission said at p. 508:

“Lung cancer, cardiac illness, alcoholism, and highway and other accidents, all appear to be, in part, the consequence of individual behaviour. In a sense, more responsible behaviour would eliminate the need for many health expenditures. But having incurred an illness it would still pay an individual to regain his productive position and avoid disability or premature demise. We may regret unwise human behaviour but we have to accept it as a reality of life. We feel that even where the net gain to society is negative, i.e., when output to be expected is less than the costs of health services required, it still is desirable to assist people to regain their health.

and at page 510:

“Absence from work because of illness or injury also imposed heavy burdens on Canadians. The direction of causation may be uncertain, but it is significant that there is a high correlation between the number of days an individual is disabled from illness and the size of his income. Low incomes and above average illness are still too common an experience in our society. Thus on an average day there are about 2 per cent of the labour force absent from work because of illness and accident during the whole year the total number of days lost through non-disabling physical illness amounted to nearly 34 million or 5.2 days per employed person. Days lost from work as a consequence of total physical disability were estimated to be 53 million and from mental illness, 11.4 million. The cost of such absences is estimated to have been equal to a loss of output of at least \$1,420 million. This was equivalent to about 3.8 per cent of total output (GNP) and 6/4 per cent of the total civilian payroll. This loss of output was the consequence of a loss of productivity from non-disabling illness among those normally employed amounting to around \$490 million; loss of productivity as a consequence of permanent physical disability amounted to \$765 million; while productivity amounting to an estimated \$165 million was lost as a consequence of mental illness.”

These were 1963 figures. They would be more cost effective today. The estimates given below give food for thought.

Estimated annual work days lost in recent years, using data from the monthly Labour Force Survey, Statistics Canada, are as follows:

Year	Illness	Industrial Disputes
1975	62,296,000	10,972,000
1976	62,717,000	12,116,000
1977	60,996,000	3,172,000
1978	66,716,000	6,552,000

---

<sup>1</sup>Royal Commission on Health Services (1964), Volume I, Chapter I, pp. 3 - 4



The Commission report also said at page 12 in Volume II:

"This concept of freedom and responsibility on the part of the individual involves in no way a transfer to the state of his obligations for the maintenance and advancement of his health. *The individual's responsibility remains paramount.*" (emphasis added).

It is a matter of what is now being called "life-style."

One of the best and most useful documents endeavoring to alert the public to a multi-pronged approach to these complex issues was the 1975 publication of the monograph "*A New Perspective on the Health of Canadians*" published by the then Minister of Health, The Hon. Marc Lalonde.

The report focusses on what it calls, the "Health Field Concept". Under the Health Field Concept, the health field is divided into four broad elements:

*Human Biology* includes all those aspects of health, both physical and mental, which are developed within the human body. It includes genetic inheritance, the processes of maturing and aging, and the many complex internal systems of the body. I need not remind this audience that health problems originating from human biology cause untold misery and cost billions of dollars in treatment services.

*The Environment* category includes all those matters related to health which are external to the human body and over which the individual has little or no control. Foods, drugs, cosmetics, water supply, air water and noise pollution, communicable diseases, garbage and sewage disposal and the social environment are grouped here and require community action for their control.

*The Lifestyle* category consists of the aggregation of decisions by individuals which affect their life style and over which they more or less have control. Among these, of course, are smoking, drug and alcohol addiction, obesity, malnutrition, lack of exercise, careless and dangerous driving, failure to use seatbelts, helmets, promiscuity and carelessness.

*Health Care Organization* consists of medical practice, nursing, hospitals, nursing homes, drugs, public and community health care services, - what we refer to as the health care system.

I think it logical to quote here from an article by Professor Aaron Wildavsky published in the *Journal of the American Academy of Arts and Science* (1977). He wrote:

"According to the Great Equation, Medical Care equals Health. But the Great Equation is wrong. More available medical care does not equal better health. The best estimates are that the medical system (doctors, drugs, hospitals) affects about 10 per cent of the usual indexes for measuring health: whether you live at all (infant mortality), how well you live (days lost due to sickness), how long you live (adult mortality). The remaining 90 per cent are determined by factors over which doctors have little or no control, from individual life-style (smoking, drinking, driving, exercise, worry), to social conditions (income, eating habits, physiological inheritance), to the physical environment (air and water quality). Most of the bad things that happen to people are at present beyond the reach of medicine. Everyone knows that doctors do help. They can mend broken bones, stop infections with drugs, operate successfully on fractures, deformities and tumors. Inoculations, internal infections, and external repairs are other good reasons for keeping doctors, drugs and hospitals around. More of the same however, is counterproductive. Nobody needs unnecessary operations; and excessive use of drugs can create dependence or allergic reactions or merely enrich the nation's urine." (Aaron Wildavsky, *Daedalus*, *Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, Winter 1977)

Dr. Waldavsky was speaking of life in the United States but what he said applies in great measures to Canada.

I heard many submissions that this should be the era of Preventive Medicine but few, if any, concrete workable steps to allay the onset of illnesses arising from our present day "Life-style". I see no change in sight in the present Canadian way of life. We are in the era described by Dr. Waldavsky where some 90 per cent of our illnesses, disabilities or complaints are determined by factors over which doctors have little or no control, - but we go to them and expect them to restore us and keep us well while we pursue the same course.

In this climate, curative health services are the last resort and loom large and almost usurp the fiscal capacity of the nation. Some hope for an easing of the financial and human cost which may flow from an enlightened citizenship and post curative procedures.

## 2. Rehabilitative Medicine

Much of the hope for an easing of the demands on doctors and acute-care hospitals must come from the post-curative procedures the nation, the Provinces and the Territories can put in place.

A great proportion of rehabilitative medicine and post-acute hospital care is devoted to the care and needs of the aged. The statistics regarding Rehabilitation - Convalescent Hospital Beds given in Tables 16 to 19 (Chapter 5) emphasize the importance and magnitude of the problem.

Dr. Gustave Gingras, CC., Director, Rehabilitation Services, Ministry of Health, Prince Edward Island, an outstanding authority on rehabilitation said:

"Rehabilitation can no longer be based on a purely humanitarian basis. If it were, it would become too great an opportunity for the bio-psychologists! Rehabilitation cannot and, indeed should not be devoid of humanitarian background but, let us admit, that it is now a well established science. The word "science" is possibly ill chosen here. Let us compromise for a more panoramic term such as philosophy or doctrine."

-----

"The concept of total medical care must and should include rehabilitation as its ultimate goal. Whenever full restoration is denied, considerable recuperation can still be gained via the ministration of rehabilitation medicine and psychosocial techniques."

I could quote extensively from a paper given by Dr. Gingras to the Canadian Society of Hospital Pharmacists in February 1978 on "*Gerontology and Geriatrics*" but will limit myself to the following:

"To those in this audience who are young or relatively young or who, via a number of devices hide their age, or have discovered the elixir of youth, let me quote Bernard Baruch: *"To me, he said, old age is always fifteen years older than I am."*

-----

Past and present accomplishments in the realm of medical science during this century have modified greatly the health picture of man. The advance in the scientific and improvement in the practical aspects of preventive, curative, sociological and rehabilitation medicine have changed a world in which the rule used to be the survival of the fittest. The same factors contributed to an increased expectancy at birth and to

producing a population in which the proportion of chronic patients and senior citizens is constantly growing.

This consideration identifies with certainty chronic diseases and aging as possibly the predominant public health problem in modern times.

It is, therefore, both surprising and, at times, appalling that a problem of this magnitude should be treated by the health professions with what can only be described as a lack of interest. The emphasis is still permanently and primarily placed on acute and short-term illnesses where the efforts are more or less ensured of dramatic results and success. As this dramatic aspect decreases, so does their interest in the patient's illness. The great deficiency, therefore, lies in the health workers of modern medicine who fail to realize the evident priorities in today's health panorama."

"The various aspects of aging, - biological, social, economic, psychological, environmental and pathological, with its associated problems, pose a challenge and a responsibility of great magnitude to all citizens of this country."

-----

"There are several formidable barriers to the provision of optimal overall management and care for the aged. Of course, and strangely enough, some of these originate from the attitudes of older individuals themselves. Many tend to take their situation for granted or to put little faith in those who try to help or to feel that they understand their problems and needs better than anybody else. Other barriers, however, have their foundation in attitudes and practices of members of the health professions or of society at large and, also, the facilities available for the care of the aging population."

-----

"Another reason for the neglect of the aged is of a cultural nature. The teachers of medicine and related sciences are youth-centered, oriented towards acute illness and focused on efficiency. We should emphasize control rather than cure, management rather than recovery and rehabilitation for the activities of daily living rather than holding a job. There is also a need to emphasize the great satisfactions rather than the frustrations of dealing with geriatric and chronic patients."

-----

"Some twelve years ago during a discussion on the health care needs of the aging, Dr. F. C. Swartz, Chairman of the *American Medical Association Committee on Aging* stated: "We should give adequate thought to a place to die, This is one of the things that has not been done in nursing homes, or extended care facilities, nor in general hospitals. Too many people die in the midst of too many other patients and during progressive treatment of one sort or another. Death is inevitably. We must recognize this fact, and it is time to have places where a patient may die in dignity without having a tracheotomy tube stuffed in his throat and somebody kneading his chest at the last minute."

-----

"Recently, Dr. Ronald Cape, Professor of Geriatric Medicine, University of Western Ontario, added a new dimension to the decline in intellectual, motor and neuro-regulating activity of the aging individual. This new dimension consists of iatrogenic disorders. He reported that an Australian study demonstrated that at least 20 per cent of psychogeriatric admissions were precipitated by drugs."

"*The Medical Post* also reports this recent statement of Professor J. Williams of Edinburgh: "More than one in ten of U.K's aged are admitted to hospitals due to adverse drug reactions."

-----

"In closing, may I quote Lazerov: 'Old age to the unlearned is winter; to the learned it is harvest time.' "

All of the foregoing quotations mirror what was contained in the many submissions I received respecting rehabilitative medicine and the care and housing of patients discharged from acute hospitals but unable due to age, disability, poverty, lack of family or continued chronic disability to care for themselves.

Some almost heroic efforts are being made in Canada to meet the need of those individuals but few of these are included in what is known as insured services. These services are as essential as the others and should be carried into the insured services category and funded accordingly.

### **Self-Help, Mutual Aid and Health**

The policy document "*A New Perspective on the Health of Canadians*" carried the essential message that the Lifestyle (in behavior) of Canadians and the Environment (Physical and Social) have had and will continue to have a major influence on our health. Even when necessary corrections are made in the Health Care Organization, it remains true that future health improvements come mainly from modifications in the lifestyle and environment of Canadians. It is known that the two major premature killers are smoking and hazardous driving, - automobiles, snowmobiles, motorcycles, but how can society get rid of these destructive habits.

In a paper prepared by *Jean-Marie Romeder and Ruth Watson* of the Department of National Health and Welfare, it is said:

"There are essentially two avenues which can be used to promote such behavior changes.

The first avenue is to use outside forces such as legal or economic actions designed to modify our environment so that we will act differently. Indeed such actions by government are often warranted, particularly when they attempt to correct certain societal aspects which are leading many individuals to unhealthy behaviors for the profit of a certain minority.

The second avenue corresponds to inside forces or personal motivation. We know that most longlasting behavioral changes come from inside, from personal motivation, and that outside forces can only facilitate such changes. We have learned that from behavioral sciences and from the observations of many counsellors and therapists during the past decades.

But what can government do about it? It is suggested here that the government can facilitate the social environment in which individuals find their own motivation to change certain parts of their lifestyle habits or some aspects of their environment in order to grow and help others to grow healthier. Self-help mutual aid groups are such a means to reach this goal. This is obviously a somewhat new role in health and social policy; we do not suggest to create new direct services, but to recognize, acknowledge, publicize and facilitate through appropriate means the work of thousands of self-help groups already formed by motivated individuals throughout the country.

### **What Are Self-Help Groups?**

There are many Self-Help Groups. Many are anonymous following the principles of Alcoholics Anonymous. There are different other groups for various addictions but the ones



relating to disease or chronic conditions or surgical trauma such as Mended Hearts, Stroke Club, United Ostomy Association, Weight Watchers, etc., function specifically in the health field.

However, apart from these well known groups, there are hundreds of small self-help mutual aid groups that have come together for mutual assistance in satisfying a common need on a person to person basis. An outstanding example is a group in Montreal working out of St. Justin Children's Hospital composed of parents having children with leukemia. Self-funded and all voluntary, they do an inspiring service not only for the affected children but for themselves as parents. This type of self-help has flourished more in Quebec than in the other provinces but is developing in several areas. An inspired worker in the field is Zelda Harris, P.S.W. of the McGill University School of Social Work.

### **The Mount Carmel Clinic**

Another type of institution which exists to keep individuals is the Mount Carmel Clinic in Winnipeg whose executive director is Mrs. Anne G. Ross, R.N. The work which this Clinic does has to be an inspiration to others. Mrs. Ross's presentation at the Winnipeg hearing was a heart-warming experience.

### **Community Health Care**

Although this inquiry originally and naturally, focused on the two major programs of Hospital and Medical Care Insurance, a large proportion of submissions and interviews with provincial health officials quickly expanded the discussions in keeping with the broad Terms of Reference on the Review.

What is so remarkable, as so much evidence indicated, is that Canadians are already into a new era in their thinking about, and development of, health care public policy although a great many are, in McLuhan's phrase, "still peering into the future through the rear-view mirror.,,

"*A New Perspective on the Health of Canadians*" ushered in new approaches by most, if not all, the Provincial governments and had important influences on the outlook and policies of many provider and consumer associations, as their briefs to Health Services Review attest.

In addition to the expansion of existing and the creation of new voluntary associations meeting human needs, there was an expansion, indeed, in some provinces, a proliferation of new programs.

As we contemplate our past health policies (and associated health expenditures) it is obvious that in the last two decades Canadians have concentrated on the mid-category "curative" or "treatment". Success in this area, as shown earlier, now indicates that this segment be held in a steady state relative to population growth and the demographic change, and concentrate new spending on both the Prevention and Promotion on the one side and the Functional Support services on the other with major emphasis on non-institutional services.

There is no nation-wide accepted name or definition of the range of services provided outside hospital wards and private doctors' offices. Parts of it was variously described as ambulatory care, day care, home care, community care, community mental health care, outpatient care. All of these are now included in the umbrella name "Community Health Care."

The external boundaries of community health care are still uncertain. In some Canadian

Provinces it has a much wider definition than others. It may include health education for higher risk groups (such as the elderly in high rise complexes) or support given to those in need of more than medical care, as well as treatment of sickness. This is not only a matter of organization but a matter of ideology. How much weight is to be put on prevention as against cure and care, how much on giving support to the "disabled, distressed and dissatisfied", as well as the "diseased"? Provinces differ in their attitudes. The concepts of community health care have been stressed by every important study in Canada since the mid-fifties when Ontario's proposal to Ottawa stressed need to include Home Care as a cost-shareable benefit. This, and other Community Health Care proposals, were reinforced by the Task Force on the costs of Health Care in 1969, the Hastings Report and the Mustard Report.

The responses to these strongly buttressed proposals have been disjointed, sporadic, often uncoordinated and adopted unevenly, among the various Provinces. It is time that the Federal Government and the Provinces and Territories meet to agree upon and plan a fully co-ordinated program embracing all elements of Community Health Care.

The Extended Health Care Services portion of EPF was intended to assist Provinces to develop and maintain a variety of health care services. It should be so utilized.

---

## CHAPTER 7

### Nursing Proposals

One of the most impressive briefs presented to me came from *The Canadian Nurses Association*. Well structured and carefully documented it was affirmative and forward looking. While my Terms of Reference were broad enough to encompass all the issues and ideas put forward, it has been impossible for me to give the time that a comprehensive analysis of the whole submission demands. I will be quoting somewhat at length from the document and urging a thorough study by health officials. I can say that I am in general agreement with the tone and orientation of the nurses' proposals. From what I heard at the hearings and from other submissions the plea for a greater utilization of nurses and nursing skills is amply justified.

#### "All on Salary" Concept

Amongst the many recommendations was one "that remuneration of all health personnel be by salary." The brief says:

"This submission illustrates how the fee-for-service payment scheme for physicians, together with their guardian role of the gates of the system, cannot but increase the use of costly acute care services whether necessary or not."

This is a recommendation that requires studied consideration. There are a great number of physicians on a salary basis particularly in the public service, in teaching hospitals and in medical schools. There are many others on salary in Community Clinics and some in medical clinics. All of these salaried physicians are where they are of their own free will.

*The Royal Commission on Health Services* in proposing the Health Charter for Canadians said the programs were ..... "to be based.....upon free and self-governing professions".....and defined "Free and Self-governing professions" to mean "the right of members of health professions to practise within the law, to free choice of location and type of practice, and to professional self-government", Vol. I, p. 12 and in Volume II at p. 10 said:

"The most fundamental feature of the programs recommended is that they are based on free, independent, self-governing professions. The provision and payment for services is to be the result of a negotiated contractual relationship based principally on the fee-for-service concept."

I am unable to support this "all on salary" concept. I understand and appreciate the motive and reasoning behind it. Nurses wish to improve the system, not downgrade physicians saying "the present fee-for-service system penalizes a physician financially, if he were to hire another health professional to work in his practice as it would reduce his source of income from the services for which he would have billed. In addition he must use his (reduced) earning to pay that new worker" and "this powerful control by physicians is being questioned but there is no question that physicians should be paid, and paid well, for their services in their areas of expertise."

#### Community Health Clinics

The "all on salary" concept has of course a special field in which it can operate, namely the Community Health Centre. When utilized, the Community Health Centre concept can point

the way to a reorientation of our sickness system to a health care system. The Community Health Centre idea has been recommended in a number of official inquiries such as the Hastings and Mustard reports. I visited the Community Clinic in Prince Albert in the course of the survey and was impressed by the scope and quality of the care, the range of services provided by salaried physicians and other health personnel including nurses, all working as a unit. The case advocated by Canadian Nurses' Association for such cooperative health units in which the nurse would play a significant part requires study and support.

The Community Clinic concept is one that must spring from and be supported at the grass roots level. All governments can do is create a favorable climate and assist in financing either by grants or loans. Community Health Clinics can, and where desired, should co-exist with the self-employed fee-for-service physician but not to the extinction of the latter. There is a place in the Health Service system for both. The desire of the majority of Canadians to have "a doctor of their own" is strong.

### **Nursing Approach to Health Care**

It is appropriate to quote at some length from the submission of the Canadian Nurses Association. This brief was presented in the name of Canada's 126,000 registered nurses. I quote:

#### **Nurses as Primary Case Workers**

From the onset of medical care insurance, it has been financially advantageous for physicians to be engaged in certain services which frequently could be provided better and more economically by nurses and other health personnel. Some examples are nursing procedures, minor treatments, routine immunization and marital counselling, carried out by physicians. Nurses can cite instances when a doctor advises a patient to come to his office to have a dressing changed when a community health nurse could do it in the patient's home, teaching him and his family during the process.

The reverse Cinderella syndrome in hospitals also reflects this anomaly. At the stroke of the night shift, "nursella" is deemed capable of performing tasks which she is not allowed to perform with the coming of the day shift and the physicians. This syndrome is present through all shifts, in the north.

Until governments recognize and accept the need for and potential of nurses, as well as other health personnel, this manpower waste will continue unabated.

Nurses prepared at the baccalaureate level are willing and able to set up comprehensive, community-based primary care services aimed at helping people to attain and maintain health. Yet existing payment systems do not provide for such services, although they can be offered in a variety of ways — through store-front health counselling clinics, through use of nurse practitioners\* in medical clinics, through increased public health services and programs, through use of nurses and allied health workers in community health centres, through use of clinical nurse specialists in hospitals to do special teaching, through use of hospital nurses to carry out follow-up programs in the home, and through greater co-ordination and care by nurses in home situations.

Existing studies support the hypothesis that the use of nurses as primary health care workers have major positive impacts on access, cost and quality of care. Acceptance of nurses as primary workers, once people have received such care, is reported in most cases, to be high, as evidenced by surveys of attitudes, preferences and consumer behaviour.



- In a study conducted in rural Newfoundland, acute care in the hospital decreased by 5 per cent while increasing 39 per cent in a control population receiving traditional physician-based care. In addition, annual costs per 1,000 population were substantially lower for the experimental population than for the control population in the study period (\$85,690 vs. \$112,730). Increase in costs for the primary care visit (which were 5 per cent greater for the experimental group than for the control group) were related to greater numbers of visits, greater travel time, and longer time per visit: these were offset by the lower total hospitalization costs because of fewer or shorter stays in acute-care hospitals.
- Another study conducted by the Victorian Order of Nurses, had a nurse attached to a team of five family physicians. This study showed that, generally, patients preferred the nurse for many health care services and this preference increased with the amount of care given; that length of hospital stays also could be shortened, particularly for surgical procedures and for psychiatric disorders, because discharge planning and follow-up care were available; and that hospital admissions of terminally-ill and dying patients could be reduced when the family wished it.
- In the "*Beaverton Project*", another Canadian demonstration project, the practice setting extended over an area of approximately 85 square miles with a large proportion of the population (26 per cent) over 65 years of age. One objective of the project was to demonstrate that a qualified nurse practitioner could operate as co-practitioner taking primary responsibility for significant office load, thus allowing the physician to devote more time to the management of complex medical problems of his patients. With a high level of independent decision — making the nurse fulfilled the functions of providing primary health care, of intervention in episodic incidents or occurrences, of monitoring chronic care, and of promoting and maintaining health. The Investigation concluded that home visiting by the nurse practitioner decreased the need for hospital or other institutional care; she also was able to identify early health problems which had they been left unattended might have led to more serious health problems and eventually to more health care costs.
- In yet another experimental project conducted by the School of Nursing at McGill University, a comparison of the kinds of nursing care being used in three different type of family practices through physicians' offices, showed that the clients coming to those practices are helped more effectively when it is the nurses who concentrate on health problems.

Nurses as primary care workers can assist in clarifying the necessary role of the hospital for acute care by promoting its appropriate use. It is logical that acute hospital care be reserved for patients who need complicated apparatus or constant supervision by highly qualified staff. Large numbers of patients could be more easily served, and unnecessary hospitalization avoided, if there were expanded out-patient clinics for diagnosis and treatment, judicious use of home-care programs under qualified supervision, polyclinic care where physicians and other health workers work together as a team, community health centres, and more home nursing.

Nurses have demonstrated in various studies, tangible ways of how they can encourage "appropriate" hospitalization, such as those on pre-operative patient teaching, group family and genetic counselling, and group teaching about preventive measures.

A recent book by Andrew Allentuck stresses that present systems of payment to physicians often create confusion between a doctor's needs and the patient's needs. Other reports have noted how individuals were forced to seek medical or hospital care, even if it was inappropriate. Still other studies have shown that, in areas where there is an oversupply of surgeons and gynecologists the numbers of related surgical procedures often increase



markedly and out of proportion to average needs for such surgery.

Unfortunately, the cost of the existing system goes even beyond the direct manpower and hospital costs. It effects educational costs and development as well as erecting obstacles to alternate services.

Eli Ginzberg who has studied the question of health goals, power centers, and decision-making mechanisms, concludes that progress in health reform must rely on shifts in power relationships to allow more effective allocation of resources and new kinds of institutions.

### **Nurses and the New "Points of Entry"**

The next major problem concerns the lack of "points of entry" to the present health care system other than referral through a physician.

Many authorities have suggested that the North American emphasis on the physician as first point of entry is not cost-efficient. H. Mahler, director-general of the World Health Organization, writing in *The Lancet* in 1975 suggested that doctors should be the final point of referral. He proposed that changes were needed in the roles of health workers, especially related to the first point of entry.

What I am advocating, for the industrial as well as the developing world, is for the health Establishment to make a major effort to describe all the health problems and the alternative ways to dealing with them in an objective way and then to accept a national decision process based upon this evidence.

The Economic Council of Canada, in a report published in 1978, examined the health expenditures in Canada and the impact of demographic changes on the future government, health insurance programs. It, too, has advocated the need to increase accessibility to health services and to transfer some medical acts to nurses and other personnel, if the efficiency of the system is to be improved.

Generally, before Canadians are exposed to any part of the publicly-funded system, they must diagnose themselves as "sick enough to see a doctor". Thus, a person concerned about a problem of over-weight must go to doctor, who may see the problem as not really needing a 'cure' at this time; later, when the individual is heavy enough that the obesity aggravates a heart problem, the doctor will take an interest in 'curing' the obesity. Individuals who need counselling rather than treatment often may have to go to private clinics to cope with impending problems of obesity, alcohol abuse or drug dependency.

This brings us to the question of the point of first contact for an individual who thinks he may have a health or a sickness problem but is not quite sure. Under the present system, the doctor is considered the point of entry into the system, although patients often want to consult with someone even before they, in their words, 'bother the doctor' ".

As Wolfe and Badgley have pointed out:

The most costly use of personnel and facilities consume most of the health care dollar, and equally effective and possibly more economical alternatives are damned with faint praise, or opposed, or left to wither as interesting but a typical experiment.

One place the nurses, especially, can be used for a "point of first contact" is in the occupational health setting. One example of nurses contribution to the health and well being of individuals in a work environment is at the main branch of a post office in a major metropolitan area, where it is said that the two occupational health nurses pay for themselves in two days each month by reducing time loss by the post office employees. They carry on a

health program oriented toward teaching sound health practices, including minimizing work hazards. The nurses have a positive effect on "negative creativity", which is engaged in by post office employees bored by routine work.

When accidents are prevented or severity of injury reduced as a result of immediate and appropriate first aid there is a direct cost savings to the public health care delivery system. Significant results were achieved at the Electrical Reduction Company of Canada plant at Long Harbour, Newfoundland, where all employees were trained in safety oriented first aid. In the years since the program started in 1975, the cost of accidents has been reduced by 84 per cent. Half of this reduction is attributed to the first aid training and the other half to other aspects of the safety program. The number of accidents fell dramatically following the completion of training and has remained low.

CNA is particularly eager to see that alternative points of first entry be offered, especially for large groups within the population, such as the elderly, where health maintenance will reduce the need for more extensive and costly health services. Care of the aged is one of the most pressing and important issues in health care today. Somers calls for greater community support for the elderly and increasing emphasis on geriatrics by professional health workers. Benefits of geriatric day care as an alternative to institutional care include cost savings, improved patient outcomes, and improved quality of life generally. Examples of nursing contributions will be presented in the following section.

Closely tied to care of the aged is care of the chronically ill, another large and growing portion of the Canadian population. Care in extended care facilities would be cost-effective if provided by nurses prepared to carry out procedures and provide counselling in areas now requiring intervention by a physician. In one chronic care clinic of this kind, four nurses, in collaboration with one physician, delivered as much quality care as four physicians *and* at lower cost.

In addition, centers are needed where care for and periodic examination of the chronically ill can be provided on a "drop-in" basis. As mentioned earlier, such services could be offered in many places: community clinics run by present public health services; family practice units where nurses are funded from the insurance source rather than paid by the physician; clinics attached to outpatient departments in hospitals; or "storefront" health centres where people can drop in for health care advice, counselling, minor treatment, and referral.

If there are financial barriers to extending the potential role of the nurse as a primary care worker, within the existing structures, how much greater is the wall that must be scaled to establish a new source of health care, a new health entry point? Such a leap was made between 1977-79, with the establishment of a health workshop just outside Montreal, staffed only by nurses and operated under the aegis of the School of Nursing at McGill University. This innovative unit incorporated a number of unique features, including:

- (1) a complement to existing traditional health services,
- (2) nurses and not physicians as a primary contract, and
- (3) trial in an area where physicians were located (rather than in an isolated and "under-doctored" area).

Evaluation of the project is not yet complete, but evidence from the project has shown that the nursing profession was capable of assuming the new role and that the members of the community appreciated and supported this new concept and role. Clients who presented themselves wanted help with "health" problems and not medical problems. The Workshop became known as a place to go for counselling and assistance in health matters. It filled a gap in the present system where people did not want to see a physician as this kind of contact

would have been inappropriate to their needs. Initially, more women and children went to the center but by the end of the two-year period men represented about 25 per cent of total clientele. The center had contact with just over 10 per cent of the entire community and this was seen to be positive.

Unfortunately, funding for this and other innovative programs goes first when cut-backs in research funds are suggested; money is channeled even more into "traditional" medical and hospital research areas. Nursing researchers have recommended strongly that more money be directed to such projects.

An over-all plan that takes into consideration these alternative organizational arrangements and the re-allocation of functions among medical and allied health personnel would lead to improved health care for all Canadians. Although use of less-costly health workers, preventive programs, convalescent centers, community health centers, chronic care institutions, and other new points of entry may not be, in absolute terms, less costly than the present system in the short run, in the long run it will be more effective and more comprehensive and will meet the goals proposed in the Royal Commission Report in 1964.

Nurses have already demonstrated through research, how nursing interventions can assist the elderly person to remain as self-sufficient as possible, thereby reducing the need for more extensive and costly health services. A research study conducted in 1972, for example, demonstrated that senior citizens in a building with on-site public health nursing services fared better on scales for morale and mobility and had fewer admissions to hospital than a matched group of tenants in a building that did not have direct access to such nursing care. These results support the view that the health of elderly persons can be enhanced by access to a health care system without reference either to physicians or hospitals.

Other projects also have shown similar improvements in care when nurses are used as primary health workers. A project in Detroit concentrated on use of nurse-directed health education meetings and co-ordination of activities, counselling, arrangements for physical examinations when necessary, and referrals to hospital or medical care when necessary; it was deemed highly successful. Other studies of out-of-hospital care for the aged described key roles for nursing personnel in delivery and co-ordination of basic health care, preventive care, health maintenance, and health education.

Care of the aged or the chronically ill in hospital facilities is appropriate when medical or physical needs are so great that provision of services over a 24-hour period is essential. However, up to one-third of nursing home patients are inappropriately placed and deterioration of patients' conditions can be linked to institutionalization and prolonged bedrest. Also, care in institutions is more costly than home care and less desirable for the patients' viewpoints.

Hammond reports that where home care is appropriate it is generally more desirable and less costly. Some provinces have introduced home care programs because of the cost-effectiveness. Certainly home care alternatives must be considered in this *Health Services Review*. The CNA believes, however, that home care, care for the aged, and care for the chronically ill should be seen also as part of the whole continuum of health care, of the total approach to health-illness-and-back-to-health spectrum. Concentration solely on this part of the spectrum would be unwise. Now is the time for the total care approach.

While infant and maternal mortality rates have declined substantially in recent years, there is room for improvement, particularly among native peoples and lower social-economic groups. It is generally conceded that early prenatal care and early identification of high risk pregnancies are principal means by which the infant mortality rate can be further lowered.



Economic circumstances, health education, attitudes, and ease of access to health care have to be considered as important indicators of groups at risk.

Despite the lack of substantive infant morbidity data it might be stated that the cost in human suffering and dollars may be greater in relation to morbidity than mortality.

For every perinatal death, there are two or three infants who survive, but are damaged in varying degrees. It has been estimated that handicapping conditions such as mental retardation, cerebral palsy, physical malformations, blindness, deafness and severe emotional disorders affect about one child in ten, or one million children in Canada.

Approximately 330,000 babies are born in Canada each year. On average about 25,000 will be low birth weight as many as 33,000 will be at risk of handicap. It has been estimated that at least half of these handicaps could be prevented or the risk substantially reduced with improved prenatal-perinatal care.

The financial cost of these handicaps was estimated between \$275,000 and \$500,000 for a lifetime of medical and custodial care for an individual severely brain damaged at birth, in 1971 dollars.

The potential of prevention, spotlighted by the Canadian Institute of Child Health led to the establishment in 1978 of the Coalition for the Prevention of Handicap. Thirteen national organizations, including CNA, concerned with the importance of attempting to reduce the incidence of handicaps, have harnessed their resources in this concerted effort.

Nurses have long stressed how important it is to reach out to groups-at-risk in the maternal and child sector and have tried many programs that have proven valuable. These programs show that nurses can take the responsibility for detecting and predicting areas of high risk and seeking out patients who need to be drawn into educational and, where necessary, referral programs.

Prenatal and perinatal programs, although demonstrated to be beneficial, raise two questions in relation to the existing medical insurance system: that of points of entry into the system and of the health personnel best prepared to provide this service. In discussing these questions, the issue of nurse midwives must be considered.

More nurses could be prepared for midwifery care in normal, health pregnancies — with proper support and referral processes. Unfortunately, under present laws and traditional practice restraints, this is not possible now in urban settings. Nevertheless, in *comparable* settings where prepared nurses or nurse midwives provide total care, the maternal/child mortality and morbidity figures are as good as or better than those in communities served by physicians.

Statistics on births in British Columbia indicate that obstetricians provide care for about 40 per cent of births in the Province thus leaving about 13 deliveries a year for each general practitioner. This has, as the Task Committee of the Registered Nurses' Association of British Columbia noted, led to some concern about the continuing quality of this care. The B.C. Medical Association has recognized there is a place for the nurse midwife, although not for the lay midwife or for home delivery *in the present circumstances* in the Province.

In promoting the concept and practice of nurse midwives, costs must be considered. As midwifery cannot be practised currently in Canada, only estimates or projections of costs are possible, but the report of the Task Committee of the RNABC assessed the 1979 cost of a normal pregnancy, including the general practitioner fee and community health nurse time, at \$471.50 and projected it to be \$627.65 within a two-year time period. It was estimated that a nurse midwife, aside from providing continuity of care, would be able to care for a normal

pregnancy at a total cost of \$240.00 plus administration costs.

CNA concurs with the BCMA that home deliveries cannot be encouraged at this time, without a support system network of well-prepared personnel, sophisticated equipment and efficient emergency transportation system to come to the aid of a mother should she suddenly develop complications. However, nurses have taken the initiative to improve the situation. They have instituted modifications in hospital setting to stimulate a home-like environment and are working to introduce new support systems in the community.

### **Immunization and Epidemics**

These are the reasons behind the campaigns by the Canadian Public Health Association to have the federal and provincial governments stimulate, guide, and assist immunization programs and to have prepared nursing personnel responsible for immunizations of travellers.

Another type of "epidemic", that of adolescent pregnancies, is also preventable. In 1976, there were 37,402 live births to women aged 15-19 years. (See Table 20 on page 80). Seven hundred girls under 15 years of age obtained abortions and 353 carried the pregnancy to term.

The most serious concomitants of adolescent pregnancies are a dismal pattern of lost educational opportunities, unstable family life, poor employability and welfare dependence. Of course, the other major concern is the health of the infant. The higher incidence of low birth weight infants and their unfavourable outcome is the major hazard of teenage pregnancy. A collaborative perinatal study found that babies born to mothers younger than 15 are two to four times more likely to be neurologically abnormal than babies born to women 20 to 24 years of age. The needs of these adolescents requires the coordinated skilled and services of various professionals, including nurses. Where concerted services have been provided, it has shown to improve all the risk factors in adolescent pregnancy.

Prevention of this problem cries out for education of parents, children and of the professionals, in the areas of family life and sexuality.

### **Fads**

The health market has caught the eye of the entrepreneur, with the result that people are inundated with passing health fads, the "latest" in weight control, natural foods, fitness apparatus, to name but a few. These commercial enterprises appear to be as successful as, if not more so, than the non-smoking campaigns mounted by health professionals. Health educators might do well to study further the marketing approaches of their entrepreneurs.

### **Information**

A first measure aimed at influencing consumers of health care by the Economic Council suggests that appropriate government agencies mail annually a statement of the hospital and medical costs incurred by the consumer. In relation to consumers who smoke, some selected economic consequences of smoking might also be included such as some of those presented in Tables 21 and 22 (pages 81 and 82). The intent of the Council measure is to make consumers sensitive to the fact that health services, as an insured service, are not "free". This point must be understood if consumers are to utilize sources knowledgeably and appropriately.

*The whole submission of the Canadian Nurses' Association demands close study by all Governments,*



*and I recommend that this be done in a serious and objective way.*

### **Cancer of The Lung**

The following statement when read with Table 22 is significant.

"With respect to the number of hospital admissions for cancer of the lungs, the latest data are that there are 17,600 hospital separations in 1976 for malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung (ICDA 162). Of these, 13,931 were male and 3,669 female. There is no distinction in the ICDA between malignancy of the bronchus and the lung." This information is from *Statistics Canada, 82-206 Hospital Morbidity 1976* and *82-206 Cancer in Canada 1976*.

---

## LIVE BIRTHS TO TEENAGERS IN CANADA AND THE PROVINCES 1970-76\* 90

Year	CANADA		P.E.I.		N.S.		N.B.		QUE.		ONT.	
	-15	15-19	-15	15-19	-15	15-19	-15	15-19	-15	15-19	-15	15-19
1970	297	42,277	3	260	20	2,171	16	1,745	31	6,229	86	16,912
1971	292	40,188	2	268	27	2,248	19	1,923	22	6,052	88	15,451
1972	297	39,640	1	282	25	2,232	24	1,990	30	5,556	97	15,300
1973	334	39,518	3	298	23	2,292	23	2,018	29	5,574	108	15,155
1974	312	38,314	4	307	31	2,247	18	1,953	26	5,367	109	14,530
1975	370	38,818	2	312	21	2,125	28	1,968	45	6,176	111	14,038
1976	353	37,402	1	284	26	2,014	19	1,890	43	6,532	107	13,215

Year	MAN.		SASK.		ALTA.		B.C.		YUKON		N.W.T.	
	-15	15-19	-15	15-19	-15	15-19	-15	15-19	-15	15-19	-15	15-19
1970	26	2,465	22	2,253	44	4,593	46	5,358	-	75	3	216
1971	31	2,606	28	2,368	31	4,232	40	4,775	-	90	4	175
1972	18	2,533	27	2,512	28	4,241	39	4,694	-	77	8	223
1973	22	2,561	35	2,622	39	4,200	45	4,533	-	64	7	201
1974	33	2,545	19	2,459	32	4,104	35	4,503	1	82	4	217
1975	39	2,472	36	2,637	38	4,402	41	4,407	-	61	9	220
1976	41	2,311	29	2,697	37	5,190	46	3,975	1	63	5	231

\*Data excludes Newfoundland.

Source: Canada, Statistics Canada, Vital Statistics, Annual Report, Ottawa, 1970-76.

TABLE 21  
Selected Economic Consequences  
of Cigarette Smoking by Age and Sex 99

	Morbidity	Physician Services		Hospital Costs		Mortality	Total		Cost per Smoker		
		<a>	<b>	<a>	<b> (thousands of dollars)		<a>	<b>	<a>	<b>	
Male											
15-24	13,651	13	0	99	0	0	13,763	13,651	15.45	15.32	
25-34	32,866	28	0	100	0	0	32,994	32,866	41.50	41.34	
35-44	34,079	68	257	379	3,108	53,798	88,954	91,242	127.08	130.35	
45-54	19,430	981	1,759	6,467	10,999	119,252	146,130	151,440	256.82	266.15	
55-64	12,352	675	1,160	6,467	11,000	77,284	96,778	101,796	225.07	236.73	
65+	0	817	1,505	9,609	16,989	0	10,426	18,494	43.26	76.74	
Total	112,378	2,582	4,681	23,121	42,096	250,334	388,415	409,489	107.12	112.93	
Female											
15-24	10,754	8	0	70	0	0	10,832	10,754	16.31	16.20	
25-34	13,367	23	0	70	0	0	13,460	13,367	23.91	23.74	
35-44	11,587	32	11	191	90	792	12,602	12,480	25.77	25.52	
45-54	9,437	66	312	562	2,330	7,666	17,731	19,745	48.98	54.54	
55-64	7,013	50	187	562	2,331	6,441	14,066	15,972	51.34	58.29	
65+	0	47	252	622	3,801	0	669	4,053	6.62	40.13	
Total	52,158	226	762	2,077	8,552	14,899	69,360	76,371	28.28	31.13	
Total	164,536	2,808	5,443	25,198	50,648	265,233	457,775	485,860	75.30	79.92	

Source: Calculated as in the sections indicated.

<a> Costs apportioned using morbidity ratios.

<b> Costs apportioned using mortality ratios.

TABLE 22

Selected Economic Consequences  
of Cigarette Smoking by Disease Process 100

		Morbidity		Physician Services		Hospital Costs		Mortality	Fire	Total Cost	
		<a>	<b>	<a>	<b>	<a>	<b>			<a>	<b>
Lung Cancer	M	667	943	7,631	10,539			60,944		69,242	72,426
	F	72	55	925	672			3,725		4,722	4,452
	T	739	998	8,556	11,211			64,669		73,964	76,878
Coronary Heart Disease	M	1,220	2,323	10,051	20,036			173,983		185,254	196,342
	F	0	498	0	5,846			9,494		9,494	15,838
	T	1,220	2,821	10,051	25,882			183,477		194,748	212,180
Bronchitis	M	373	659	3,145	5,816			6,903		10,421	13,378
	F	102	130	817	1,358			729		1,648	2,217
	T	475	789	3,692	7,174			7,632		12,069	15,595
Emphysema	M	322	756	2,294	5,705			8,504		11,120	14,965
	F	52	79	335	676			951		1,338	1,706
	T	374	835	2,629	6,381			9,455		12,458	16,671
Non-Specific	M	112,378							3,109	115,487	115,487
	F	52,158							1,510	53,668	53,668
	NA								15,800	15,800	15,800
	T	164,536							20,419	184,955	184,955
Total	M	112,378	2,582	23,121	42,096			250,334	3,109	391,524	412,598
	F	52,158	226	2,077	8,552			14,899	1,510	70,870	77,881
	NA								15,800	15,800	15,800
	T	164,536	2,808	25,198	50,648			265,233	20,419	478,194	506,279

Source: Calculated as in the sections indicated.

<a> Costs apportioned using morbidity ratios.

<b> Costs apportioned using mortality ratios.



TABLE 23

Revenue of the Government of Canada Specifically Derived from the  
Control and Taxation of Alcoholic Beverages (Thousands of Dollars),  
Fiscal Years 1966-67 to 1975-76

Nature of Levy	1966-67	1967-68	1968-69	1969-70	1970-71	1971-72	1972-73	1973-74	1974-75	1975-76	% increase from 1966-67 to 1975-76
<b>On Spirits:</b>											
Excise Duty	158,157	180,401	185,367	194,733	209,361	235,249	254,730	283,720	316,388	353,029	123.2
Licences	9	10	10	10	11	11	12	12	15	13	44.4
Import Duty	40,858	42,607	41,678	49,547	50,557	59,201	59,699	73,633	90,718	80,896	98.0
Total	199,024	223,018	227,055	244,290	259,929	294,461	314,441	357,365	407,121	433,938	118.0
<b>On Wines:</b>											
Excise Taxes	4,752	5,327	5,860	6,991	8,064	9,373	10,006	10,087	12,699	12,016	152.9
Import Duty	3,479	3,754	3,306	5,001	5,668	6,754	7,779	9,253	9,419	10,905	213.5
Total	8,231	9,081	9,166	11,992	13,732	16,127	17,785	19,340	22,118	22,921	178.5
<b>On Beer:</b>											
Excise Duty	113,254	120,239	134,970	139,353	149,154	160,607	166,834	176,590	183,321	182,508	61.1
Licences	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	-33.3
Import Duty	352	660	608	622	700	738	756	879	1,147	1,327	277.0
Total	113,609	120,902	135,581	139,978	149,857	161,348	167,593	177,472	184,470	183,837	61.8
Totals	320,864	353,001	371,802	396,260	423,518	471,936	499,819	554,177	613,709	640,696	99.7

Note: Figures exclude revenue from the general sales tax which is not available by commodities.

Source: Statistics Canada, The Control and Sale of Alcoholic Beverages in Canada, Catalogue 63-202, 1967 to 1975.

TABLE 24

1. Alcoholic Beverages and Tobacco

<u>(a) and (b)</u>	<u>Consumer Expenditures</u>	<u>(Millions of Dollars)</u>
<u>Year</u>	<u>Tobacco Products</u>	<u>Alcoholic Beverages</u>
1960	743	918
1970	1,396	1,898
1975	2,050	3,501
1976	2,333	3,767
1977	2,559	4,116
1978	2,809	4,485

Source: Statistics Canada, National Income and Expenditure Accounts, Table 53 (Catalogue 13-531)

---

<u>(c)</u>	<u>Government Revenue<sup>(1)</sup></u>	<u>(Millions of Dollars)</u>
<u>Year</u>	<u>Tobacco Products<sup>(2)</sup></u>	<u>Alcoholic Beverages<sup>(3)</sup></u>
1975-76		
Federal	659	641
Provincial	n.a.	1,025

---

(1) Excludes revenue from general sales tax which is not available by commodities.

(2) Source: Department of National Revenue, Report of the Department of National Revenue: Customs, Excise and Taxation, 1975, 1976.

(3) Source: Statistics Canada, The Control and Sale of Alcoholic Beverages in Canada, Catalogue 63-202, 1976 to 1975.

Note: Additional details on production and sales of tobacco products and alcoholic beverages are contained in attached pages prepared in Health Promotion Directorate.

TABLE 25

- DOLLAR SALES AND APPARENT CONSUMPTION OF BEVERAGE ALCOHOL,  
CANADA AND PROVINCES, 1975-76

## Sales

Province	Beer	Wine	Spirits	Total
(Thousands of Dollars of Sales)				
Nfld.	\$ 51,342	\$ 4,096	\$ 32,157	\$ 87,595
P.E.I.	7,438	1,294	10,929	19,661
N.S.	51,248	10,670	61,423	123,341
N.B.	44,579	7,634	42,745	94,958
Que.	369,898	128,214	299,597	797,709
Ont.	463,724 <sup>1</sup>	140,011	604,413	1,208,148 <sup>1</sup>
Man.	58,467	12,541	84,934	155,942
Sask.	52,110	7,207	71,156	130,473
Alta.	113,062	31,578	177,824	322,464
B.C.	128,593	70,338	248,913	447,844
Yukon	2,804	986	4,177	7,967
N.W.T.	4,270	963	5,748	10,981
Canada	\$1,347,535 <sup>1</sup>	\$415,532	\$1,644,016	\$3,407,083 <sup>1</sup>

## Apparent Consumption

Province	Beer	Wine	Spirits	Total
(Thousands of Gallons of Absolute Alcohol)				
Nfld.	537.1	29.3	279.6	846.0
P.E.I.	84.9	11.3	95.2	191.4
N.S.	613.9	95.3	546.4	1,255.6
N.B.	529.0	73.5	384.8	987.3
Que.	6,587.4	1,186.8	2,929.2	10,703.4
Ont.	7,900.9 <sup>1</sup>	1,322.5	6,113.2	15,336.6
Man.	917.7	145.6	818.8	1,882.1
Sask.	704.0	85.3	678.4	1,467.7
Alta.	1,534.8	336.2	1,595.6	3,466.6
B.C.	2,240.3	750.4	2,355.2	5,345.9
Yukon	22.4	5.7	32.4	60.5
N.W.T.	36.9	6.2	40.0	83.1
Canada	21,709.3 <sup>1</sup>	4,048.1	15,868.8	41,626.2 <sup>1</sup>

Correction as per L.C.B.O. information

Source: The Control and Sale of Alcoholic Beverages in Canada: Fiscal Year Ended March 31st, 1976, (Statistics Canada, Catalogue 63-202). To convert gallons of beverage to gallons of absolute alcohol the following average values were employed:  
beer - 5% alcohol by volume, wine - 13%, spirits - 40%.

---



## CHAPTER 8

### Frontier and Outpost Services

The objective of equal access to health services for all Canadians is by virtue of the size and physical dimensions of Canada, an ideal, impossible of achievement.

However that should not be an excuse for not doing the very best in the circumstances.

In its Volume II, Chapter 9 of the report of the Royal Commission, the Commission dealt with Health Services in the North, and said in part:

"To meet the health needs of the North, it is necessary first to secure the required personnel, equipment and facilities; and second, to make these resources physically available when and where they are needed.

Visiting the health installations in the North one cannot help being impressed by the high calibre of the personnel and their inspiring sense of service. The problem is that there are not enough and that those who are there do not get enough inducement to stay for a reasonable length of time."

That statement applies today. The physicians, the nurses who staff the Nursing Stations, the auxiliary personnel and the flying services, have been and are doing an excellent job in a most difficult situation. The transfer of the Northern Health Services operations from Edmonton to Yellowknife will facilitate operations.

The Flying Health Services project outlined by the Northern Health Service in 1963 and approved by the Royal Commission was not adopted in the manner suggested but the concept survived. There is today, an air service which serves the Territories quite adequately and except when weather conditions prevent flying, the acutely ill and those requiring hospital and/or medical attention are recognized and taken to the nearest hospital or to the base hospital as required.

I received no real complaints in the Northwest Territories but many commendations of Northern Health Services.

There has been a marked decrease in the infant mortality rate and maternal mortality statistics, but the figures remain high and conditions cry for improvement. There has been a definite improvement in housing conditions. I was told that there are no more Inuit living in igloos. More are living in communities and not as isolated as in recent times.

For all who are interested in the North and its native peoples I recommend a rereading of Chapter 9, Volume II of the Royal Commission's report.

*The Manitoba Medical School* at the University of Manitoba is providing an excellent flying-in service on a rotating basis to the residents of the far north in Manitoba. It is a service that could well be emulated by other medical institutions in other Provinces.

So much for the very far north. The situation is not so good in the North West areas of Ontario.

At a hearing in *Thunder Bay*, the principal complaints centered

(1) on the travel costs incurred by patients in outlying areas when they are sent by their

local doctors for non-emergency medical treatment in medical centres such as Thunder Bay, Winnipeg or Toronto.

(2) on the fact that when patients are sent from an outlying point by their local doctor to a hospital in Thunder Bay, they find on arrival that no bed is available although previously booked and they are left to find sleeping accommodation as best they can without sufficient cash.

(3) A third complaint, but not confined exclusively to the North arose from the Ontario Hospital Insurance Plan's imposition of a \$10.00 a day charge on long stay patients hospitalized beyond sixty days. This complaint came almost exclusively from old age pensioners and in particular from pensioner couples in situations where one was in hospital and the other was left to carry the expense of remaining at home alone.

## Labrador

It is a matter of regret that I was not able to communicate more closely with the people of Labrador. Delays in communication made it impossible for any resident or representative from that area to be present at the public hearing in St. John's on April 9. I endeavoured subsequently to arrange a conference interview with representative communities of Labrador but again delays in the mail service thwarted the effort. I was however able to have a telephone interview with Mr. Randy Sweetnam of Nain.

I did receive and have had the advantage of studying the report regarding the *Health Care Delivery System in Northern Labrador* by Dr. Peter Sarsfield.

Dr. Sarsfield was eminently qualified to make the study. He gives his background as follows:

"...a medical degree from Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, 1973, and three years of work as a general practitioner with Grenfell in Labrador. For over a year I was the travelling doctor for the coast, from Black Tickle to Nain, and am familiar with most of the people of the communities as well as the nursing stations, health problems, and facilities available. Following my time as a travelling doctor I was assistant to the Director of Northern Medical Services at North West River Hospital, being either officially or functionally in charge of transportation, drug purchasing, consultant visits, referrals, much of the in-patient care and medical supervision of nursing stations, communications and medical records."

Dr. Sarsfield not only covered the Labrador area but made visits to areas in Canada "...in an attempt to assess the services provided to comparable areas and populations, with time being the main limiting factor. Visits were made to St. John's, Halifax, St. Anthony (Newfoundland), Montreal, Ottawa, Moose Factory, Winnipeg, Edmonton, Inuvik and Frobisher Bay. Representatives of Indian/Inuit organizations were contacted as well as government employees."

He traces the historical development of medical services from 1860 when Dr. Wilfred Grenfell came to Newfoundland and Labrador and from whose efforts the International Grenfell Association came about.

Dr. Sarsfield made a number of detailed recommendations involving the provision of health services in Labrador similar to those provided on the island of Newfoundland. He says:

"The conclusion of the report is simple in outline. The facilities and information base of the Federal Government should be made available to the Labrador Indians and Inuit, and their neighbours. The facilities and information available to northern Labrador now are inadequate to meet the basic health needs of the people. This inadequacy is dangerous to both immediate and future health. Fears of the contaminating influence of "outside" agencies are unreasonable, as the ill-health patterns indicate that the "contamination" has already occurred. The real fear is that increased

governmental involvement will occur without local control. The proposal being made is for federal and provincial funding of a northern Labrador Regional Health Council which would have total administrative control over health services. The control would be executive, not advisory, with the budgetary commitment being a governmental responsibility. Anything less than this degree of local control is certain to result in increased Labrador alienation and failure of the health-care system to meet the needs of the people."

It is clear that Canada's National Health Program has bypassed the people and territory of Labrador. This must be remedied. It can only be done by a joint effort of the Federal Government and the Government of Newfoundland.

I did have the opportunity to review the Labrador situation with Dr. L. M. Black, Assistant Deputy Minister, Department of National Health and Welfare and Mr. J. G. Sinclair, Regional Director, Medical Services Branch, Department of National Health and Welfare for the Atlantic Region.

They concurred with the conclusions and recommendations of Dr. Sarsfield and said that steps are being taken and plans made to deal quickly and effectively with the whole matter. A further study of the nature of the relationship between the International Grenfell Association and the Provincial Department of Health was stressed by Mr. Sweetnam.

## Indian Health Services

An item of special importance stressed by the National Indian Brotherhood, The Federation of Saskatchewan Indians and by the Indian Chiefs of British Columbia was the nature and quality of health services being provided to status and non-status Indians throughout Canada.

*The Federation of Saskatchewan Indians said in part:*

"The state of Indian health, health care and the delivery of health services to Saskatchewan Indians is less than satisfactory. The vital statistics...and the socio-economic indicators included in the documents I will present later, clearly portray a situation that is getting worse rather than better.

Despite the existence of this knowledge and its transmittal to the Department of National Health and Welfare, the Department of Indian and Northern Affairs and a large number of members of Parliament, Indian health and the quality of Indian life is being given little attention.

Mr. Commissioner, this is not the time to illustrate the entire history of how the Government of Canada has abrogated its responsibilities to the Indian people of Saskatchewan.

It is, however, the time and place to specifically identify the problems created for us, by such cost-sharing arrangements as the 1968 Medical Care Act or Medicare, as it is more commonly known.

Rather than paying the actual costs of the programs being shared, the Federal Government now allows the Provincial Governments more space in the income tax field and makes a cash contribution.

Certain types of health care, in particular dental care, optical care, prescribed drugs and paramedical services, however, are not covered under these universal Federal-Provincial plans.

If they are medically required and if a means test is applied they are available through provincial welfare departments and are cost-shared by the Federal Government under the Canada Assistance Plan.

Current health services to Indians are an integral part of this interdependent web of Federal, Provincial and private sector arrangements. The effect of these arrangements is that the universal Indian health care and services guaranteed us, free of charge, in perpetuity by treaty are being denied us. Our band members who live off the reserve have been forced to take means tests and to go on welfare before they can receive health benefits. This was never part of our Treaty agreements with the Crown.

Four things are obvious from the specific content of Treaty articles, from the records of negotiations preceding the writing down and signing of the Treaties and from Government records, historical accounts and the testimony of Indian elders concerning the period from 1876 to 1905:

- (1) Indian Treaty negotiators sought and Crown negotiators guaranteed the establishment of a free, guaranteed package of health services as a perpetual right, unique and exclusive to Indians to be fulfilled by the Federal Government;
- (2) The Federal Government was made responsible upon receipt of direction from the Indians for the establishment of the necessary facilities and for the provision of services and staff;
- (3) Fiscal responsibility is exclusively that of the Federal Government and;
- (4) Immediately following the signing of the Treaties the Crown recognized and sought to fulfill this obligation.

Indian Treaties have the force of legislation and the courts have found them enforceable at law. Health provisions in the Treaties take precedence over any provincial legislation affecting health....

....Section 91, Head 24, of the B.N.A. Act gives the Federal Government *exclusive* responsibility for Indians *and* lands reserved for the Indians. It says nothing about Indians *on* lands reserved for the Indians....

....The Established Program Financing Arrangements comes up for review this year and we strongly urge that the new agreement make provisions for the per capita amount for Indians to be re-channelled through the Federal Government to Treaty Registered Indians in Saskatchewan....

....As an additional measure of Canada's support for our position we insist that the "means test" and "direct billing" of Indians be stopped. The acceptance and recognition of a universal treaty card by Canada would entrench Indian health rights as guaranteed by Treaty and resolve these problems once and for all....

....What we require is for Canada to honour its Treaty obligations and to financially support Saskatchewan Indians in our efforts to solve the difficult problems that exist.

*The National Indian Brotherhood* having given the history of Indian health then dealt with the present Indian health in part as follows:

"While effectively suppressing the traditional Indian means of preventing and treating illness, the Federal Government gradually introduced its own system of medical practitioners, thereby promising a better form of health care. Impressive though this brand of medicine may have seemed, with its wonder drugs and esoteric technology, it remains not without serious inadequacies.

One major shortcoming is that health service to Indian people is primarily of the crisis type, with an ever present shortage of medical personnel and facilities.



Much of the "health care" centered solely on crash programs to control widespread tuberculosis, and to vaccinate against smallpox. The Indian health care system has evolved little since its early days of crisis intervention."

### **Needed: True Preventive Care**

The only recourse, both from economic and medical standpoints, it to introduce what the Indian people have never experienced since their own traditional healing system was effectively destroyed: *true preventive health care*, aimed at correcting the *root* causes of disease, and enhancing the ability of individuals and entire communities to improve their own health.

**Indian-Designed Preventive Programs** will be much more broad, intergrated and wholisitc than the present narrow government definition of "prevention" which now must be replaced with the broader concepts of increased Indian employment and soci-economic development, Indian control of Indian education and curriculum, this all with a strong emphasis on cultural survival and a renewed understanding of the laws of nature and health. There must be a fostered revival of our own traditional therapies and health promotive lifestyles, with decreased dependence upon western medicine. A greater use of our own people as paraprofessionals within their own communities, more community health workers, dental therapists, nutrition workers, alcohol workers and homecare workers.

*Alcohol abuse* is the number one health problem our people face. Like all diseases, it is a symptom of more deep-rooted problems within our communities:

To live a life that is totally out of one's own control is a source of constant stress, and leads to demoralization of entire populations. The Indian people have been forced into coerced dependence upon paternalistic and ever-shifting federal policy and this situation has contributed to large extent to the manifestations of social ill health that are now so prevalent; alcohol and drug abuse, family breakdown, suicides, accidents and violent deaths.

The Ontario Council on Native Justice has shown that only a few cents out of every dollar of tax revenue derived from the sale of liquor products to *Indian people* is actually turned back into alcohol programs for Indian people. We would like this tax revenue identified federally as well as provincially and to see that *all of this money be spent on integrated preventive alcohol programs for Indian people* under their control and direction."

and concluded with these recommendations:

- (1) "We support the Canadian Health Coalition brief and recommendations in particular the need for community health centres, alternative chronic care facilities to that of hospitals at a lower cost and including home care programs, preventive education counselling services coverage, full utilization and further development of health paraprofessionals and the broadening of responsibilities for nurses.
- (2) There must be a return to the 50:50 *cost-sharing formula*, under which all *federal health funds that flow to the Provinces for Indian people should be identified*, and the Provinces should remain accountable to Indian people for its expenditure, in order to ensure that it is spent in fact on Indian health, and not on provincial roads or other unrelated areas.
- (3) As Indian health funds are more accurately defined, Indian people and their representative organizations *should be allowed to participate increasingly in their own health planning*. The Indian people understand best what are the root causes of



their own ill-health, and the development of truly effective preventive programs will have to come from the Indian people themselves."

*The Indian Association of Alberta* in their interim position paper to the Minister of National Health and Welfare said in part:

**"Principles:**

Complete health care at the expense of the Federal Government is a Treaty Right. The federal obligation for complete health care includes on-reserve and off-reserve Indian people.

**Mechanisms:**

Federal government and Indian people must achieve a common understanding of the medical and health care responsibility created by the Treaties; common understanding must be recognized and ratified by legislation; Indian Treaties to be entrenched in the *British North America Act*....."

On the basis of the Indian concept of Health Care as Follows:

**"Principles**

The validity and relevance of traditional Indian medicine practices is recognized; traditional Indian medicine practices are effective and less costly than white health services.

**Mechanisms:**

Administrators of Indian health care must blend Indian and non-Indian treatment elements to achieve the best results; administrators of Indian health care must encourage traditional practices, e.g. midwifery."

and amongst other matters urged decentralization of the National Alcoholism Program to the Provincial level and that:

"No transfer of responsibility for the delivery of Indian health care from the federal to provincial government without full consultation and consent of the Indian leaders and their governments: the financing and arrangements for complete health care for Indians should be outside the national medicare plan; the present fragmentation of federal Indian health care must be corrected; the role of the Government of Alberta should be limited to providing of hospital and specialized service off-reserves."

and that there should be Indian control of Indian health services. It is beyond the scope of this report to quote the whole submission but I must emphasize it should be carefully studied:

**Lastly, *The Union of British Columbia Indian Chiefs* said:**

"The health status of Indian people is being threatened from many directions. The loss of traditional food supplies, the entry and change onto our land and waters by industry, the fragmentation of Government responsibility, overcrowded reserves and a desperate housing situation, the loss of language and culture through an alien educational system, the loss of our own local economies are all factors which influence Indian health.

How else can we account for the high infant mortality rate, the unbelievable loss of young lives through alcohol and drug abuse, the high rate of mortality from accidents,

poisoning and violence, and the ever present levels of infectious disease such as tuberculosis and hepatitis that would be cause of panic in the non-Indian society.

The possibility that the medicare system might collapse is of grave concern to us. How on-reserve Indian people who can not even afford the current health insurance premium would survive is not clear.

In the past year we have received letters from dentists who refuse to treat Indian patients because of the difficulty in receiving payment from the Government. We have received letters from doctors who tell us they can no longer afford to treat indigent Indians because of difficulty in receiving payment.

What will happen when there is no insurance scheme? How will our people survive?

Clearly, the doctors must be somehow accommodated in their demands. All of the solutions spring from one source. *Indian Government.*

When our Bands and District Councils decide that they are ready to assume control of their own health care delivery systems and indeed of their own lives, we would expect that the doctors of this country would be in the forefront of those advocating this change.

We would expect that it would be the doctors themselves who would offer to assist in developing these systems and in training our people.

The Federal Government must come to realize that by fragmenting the responsibility to Indian people between the Department of National Health and Welfare and the Department of Indian and Northern Affairs that they are doing more harm to Indian people than good."

The brief lists causes of death amongst Indians in British Columbia as follows:

Causes of Death	B.C. Indian	Province
Accidents, Poisoning, Violence	39.9%	13.5%
Diseases of Cardiovascular System	24.7%	47.1%
Diseases of Respiratory System	7.9%	6.7%
Diseases of the Digestive System	7.9%	4.5%
Neoplasms	6.3%	19.5%
Mental Disorders	4.5%	0.7%

and the table hereunder gives a breakdown of Indian deaths by cause and age group:

Cause	0-1	1-4	5-14	15-29	30-49	50+	Rate per 100,000		
	Yr.	Yr.	Yrs.	Yrs.	Yrs.	Yrs.	Total	Indian	Prov.
Transportation	—	2( 20)	1( 11)	20( 26)	12( 30)	13( 59)	48( 30)	88.7	42.
Poisoning	—	—	—	3( 4)	5( 12)	1( 5)	9( 6)	16.6	9.1
Burns	1(100)	5( 50)	6( 67)	4( 5)	4( 10)	1( 5)	21( 13)	38.8	4.3
Drowning	—	1( 10)	—	4( 5)	1( 3)	—	6( 4)	11.1	5.2
Suicide	—	—	1( 11)	29( 37)	6( 15)	—	36( 23)	66.5	17.0
Homicide	—	—	1( 11)	7( 9)	4( 10)	1( 5)	13( 8)	24.0	4.2
Other	—	2( 20)	—	11( 14)	8( 20)	6( 26)	27( 16)	49.9	
TOTAL	1(100)	10(100)	9(100)	78(100)	40(100)	22(100)	160(100)	295.7	

***Indian-Designed Preventive Programs*** will be much more broad, intergrated and and contrasts the Indian suicide rate with that of the Province as 48.3 to 18.00 per 100,000. The brief also says:

"The current fragmented responsibilities for "Indians" between the Department of Indian Affairs and National Health and Welfare has only exacerbated the health problems among our Indian people.

Currently, the responsibility for Indian health rests with National Health and Welfare. This includes programs for the treatment of drug and alcohol abuse and mental health problems."

and:

"There is, in our view and in that of our constituency, only one solution to this complex Indian problem. Indian health must be recognized as a right by the Federal Government. That is, the right of Indian people to adequate health care must be entrenched in the Canadian Constitution. This entrenchment must also be reflected in appropriate changes to the Indian Act which will not only guarantee this right but which will also encourage the development of a health care system that is controlled by Indian Government.

To ensure that the Federal Government has the proper mechanisms in place for dealing with the increased awareness and control of Indian Health by Indian Governments, we recommend most strongly that the Medical Services Branch of National Health and Welfare be transferred to the Department of Indian Affairs."

Their brief concludes with a number of recommendations including:

"That Medical Services Branch of National Health and Welfare be transferred to the Department of Indian Affairs and Northern Development.

That funding to Medical Services for the provision of health care to the Indian people be dramatically increased, including the amount of funding available to Medical Services to cover the cost of Medicare premiums and the cost of non-insured benefits.

That where necessary, "affirmative actions" programs be developed to encourage Indian participation in the health care delivery system and to alleviate some of the alienation felt by Indian people on entering hospital."

***This whole brief also requires careful consideration.***

## CHAPTER 9

### Health Professionals and Conclusions

#### Psychological Services

I received a submission prepared by Ronald Kaplan, Ph.D. for the Hamilton-Niagara Academy of Psychology. This brief needs to be studied in detail as it presents a different fact to the concept of health care.

"From our perspective, as professional psychologists, we find that the public as a whole is not aware of the role psychologists can and could play in the health care system, but individual clients are frustrated in not having easy access to psychologists."

-----

"The Federal Health Departments of both United States and Canada stated publicly in recent years that the health needs of the future are different from the illness care approaches of the past. For example, in the *Forward Plan for Health* (June 1975, United States Department of Health Education and Welfare), it was stated:

-----

"In recent years, it has become clear that only by preventing diseases from occurring, rather than treating it later, can we hope to achieve any major improvement in the nation's health. Aside from the possibility in longevity, for example, can be expected from further expansion of our medical care system, something more fundamental is needed."

and Dr. Kaplan continues:

"We believe that Health Care needs a theory or model of illness behaviour, of the forces that act to prevent and produce illness. We must enlarge our understanding of how social, psychological and economic distress affect the physiology of the body and produce disease in the vulnerable. We must determine the role of cognition and learning in adopting to distressing circumstances and rehabilitating disability of all kinds."

and recommends:

"The further development of these conceptual tools and technologies promises better quality medical education and patient service. This process could be speeded up by:

- (1) revamping psychology graduate programs so that students can do research on, and work clinically on medical disease and illness;
- (2) setting up centers in medical schools for active work on new psychologically influenced approaches;
- (3) expanding the roles psychologists play in medical schools and hospitals;
- (4) revamping medical education;
- (5) altering funding systems so non-physicians can participate increasingly in improving the quality of Health Care services."

concluding:

"In conclusion, we professional psychologists of Ontario believe that the quality of Health Care available to the consumer is reduced because of the very success of the illness treatment approach of the past half century, and the slowness to acknowledge its limits and conceptual inconsistency with health promotion, maintenance and rehabilitation. Further, non-physician health care providers are not fully utilized in the health care teams of modern hospitals and clinics. This is in part because the system is hampered with a funding mechanism that does not give the public comprehensive access to those professionals most attuned to their health needs."

***This whole area of psychological services should be studied and better utilization made of the valuable services psychologists can make in the health field.***

### **Pharmacists, Pharmaceuticals and Drug Plans**

This is a very broad subject which, to deal with adequately, requires a separate study by itself.

*The Royal Commission* dealt extensively with the drug industry and related facets in Chapter 9, Volume I of its 1964 report. The Commission made twenty-five specific recommendations (pp. 41 to 45, Vol. I) including the following:

"58. That the Federal Government contribute grants to the Provinces (50 per cent of the cost of the program) for the purpose of introducing a Prescription Drug Benefit within the *Health Services Program*.

59. That in the provision of the drug benefit, there should be required a \$1.00 contributory payment by the purchaser for each prescription, subject to such discount as the retailer may offer. This charge should not be applied to drugs required for long-term therapy.

60. That the program should cover such quantities of drugs for each prescription as are required by good medical practice taking into account the need for flexibility to assure an adequate but not wasteful supply. Further, prescribing practices should be reviewed periodically to ascertain whether and to what extent any over-prescribing of pharmaceuticals takes place, followed by appropriate changes in the regulations covering quantities of drugs paid for under the program."

Recommendation #59 has been adopted with variations in some Provinces and appears to be working reasonably well. It should become universal. In the context of my review, I see no purpose in reviewing what was dealt with by the *Royal Commission*. There is a recommendation in the submission of *Canadian Pharmaceutical Association* that merits immediate action by an amendment to the Income Tax Act. It is:

"Therefore it is recommended by CPHA to the officials of Finance and Revenue Canada that the policies and administrative requirements of the existing tax concessions be amended to recognize those costs incurred by all pharmacists when participating in programs to upgrade their skills and to keep them abreast of current developments."

in support of which it is said:

"All practising professionals, regardless of their employment status, should have access to an equitable tax concession that will allow them to update their skills and keep abreast of current developments. However, existing tax concessions are heavily weighed in favour of the self-employed professional giving rise to the need for better access by employee professionals to these tax concessions.



The difficulties inherent in the present taxation system are made all the more visible due to the introduction of legislation by several Provinces requiring all pharmacists to participate in mandatory upgrading programs."

## Optometrists

Optometry is an established and recognized insured service in all Provinces but New Brunswick, Newfoundland and Prince Edward Island under the Health Program and in many areas of Canada optometrists are said to be in short supply, the ratio for Canada in 1977 being 1 to 12,734 persons. What is disturbing to the profession is the lack of facilities in Canada for those who would choose optometry as a profession.

At present, there are only two optometric schools in Canada, one at the University of Montreal and the other at the University of Waterloo. The Quebec School can supply that Province but the Waterloo School which graduates a class of 60 a year must supply the rest of Canada.

The Provinces of Manitoba, Saskatchewan and Alberta contribute towards the operation of the Waterloo School in return are assured of 13 places being three each for Manitoba and Saskatchewan and seven for Alberta. These provinces contribute about \$3,500.00 a year for each student.

There is discussion under way at this time which may lead to the establishment of another school at the University of Calgary which would be supported by the four western Provinces. This sounds like a sensible arrangement to meet an obvious need.

*The Canadian Association of Optometrists* submitted an excellent and well-documented brief. It contained 26 recommendations, a number of which concern areas of vision care common to ophthalmology as well as optometrists such as:

"Provinces that do not currently have a statute regulating ophthalmic dispensing be encouraged to develop them and existing provincial acts be reviewed and made consistent with the tenets of Health Care Legislation and public protection. To that end: The definition of dispensing opticians be specified, their relationships to ophthalmologists and optometrists be codified with conflict of interest defined and regulated."

-----

"That a joint committee of optometrists, ophthalmologists and orthoptists consider, with respect to optometric and medical legislation, the future status and educational requirements of orthoptists as it relates to the appropriate delivery of vision care."

-----

"There should be a comprehensive study by Federal and Provincial Government agencies of occupational vision standards in industry with respect to visual demands and potential eye hazards for all common occupations. The study should be funded by both the Federal and Provincial Governments and involve their respective Ministry of Health, Ministry of Labour, as well as the Canadian Standards Association, Worker's Compensation Board and National or Provincial Association of Optometry and Medicine."

and in respect of sports:

"A comprehensive study by appropriate Sports, Medical and Optometric Associations should be undertaken in order to identify and establish appropriate vision care standards for amateur sports and recreational activities."

Recommendation #17 merits attention in respect of blind and partially-sighted persons:

"The Canadian National Institute for the Blind, as the national center for services to the blind and partially sighted, be urged to implement without further delay the following recommendations contained in the "*Vision Canada*" report:

1. Registration of blind and partially sighted persons;
2. CNIB low vision clinics and mobile eye care services;
3. Multi-Disciplinary surveys."

## Chiropractors

I received a number of submissions from Chiropractic Associations all dealing in various ways with the disabilities which it is said discriminates against chiropractors.

I shall deal specifically with the submission presented by the *Canadian Memorial Chiropractic College of Toronto*.

This document cited extracts from *The Royal Commission* report as follows:

"In the report of the *Royal Commission on Health Services*, on page 19 of Volume II, reference is made to our proposal to affiliate with a university. In the discussion which appears on that page, we find the following comments:

"We believe that the report and findings of Mr. Justice Lacroix will be definitive and have application not only to the situation in Quebec but throughout the rest of Canada."

and further:

"If the study now being done by Mr. Justice Lacroix concludes that the position taken by the medical profession is the correct one, then all Canadians should be made aware of it. On the other hand, if the claims of chiropractors are found to be valid, they then should be incorporated into and integrated with the teaching of the health sciences in universities."

In his report, Mr. Justice Lacroix pointed to the dangers of allowing the profession to be practised by unqualified persons without the benefit of standards being established under the law. He also found that qualified chiropractors provide a valid health service and that it should be regulated under a provincial statute as is the case in other Provinces. Subsequently, the Chiropractic Act was adopted by the National Assembly of Quebec on July 1, 1973."

and continued:

"These findings with respect to the value of the service have recently been strongly reinforced by the report of the Commission of Inquiry into Chiropractic in New Zealand, published in 1979. This is without doubt the most thorough study of the chiropractic profession yet undertaken. We enclose, for your information a copy of the principal findings of the Commission as Appendix I. A copy of the complete report of 377 pages is also provided as Exhibit 2."

I cannot incorporate Appendix I but will send a copy of the New Zealand Commission's report referred to above to the Department of National Health and Welfare.

There were briefs from several provincial associations. I will refer to the Alberta submission as an example of the views put forward and which should be studied:

"Fifty per cent of the Provinces of Canada have some degree of chiropractic coverage from populations varying from greatest in Saskatchewan at full coverage with no limitation, to those in Manitoba and British Columbia who have severe limitations on diagnostic and treatment coverage. It is our understanding that these Provinces, along with Alberta and Ontario account for two-thirds of the population of this country and we reiterate that the services for chiropractic must be included within the concept of cost-sharing which will remove some of the load from the Provinces which are now providing coverage for chiropractic benefits solely on their own."

and with particular reference to Alberta:

"The administration of our *Provincial Health Plan* has taken the attitude that chiropractic benefits were never intended to be included within the plan as a full participation of concepts of the Federal Health Care in Canada.

Since your original Brief of 1964, we feel that evidence compiled by both the *Lacroix Commission* and the different reports and studies as stated on page 6 of the submission of the *Canadian Chiropractic Association*, more than fulfill the requirements that you left open in your original report, and we urge you to recommend Federal and Provincial fiscal arrangements be extended to provide full partnership for chiropractic within the health care plans of Canada.

-----

The increasing fiscal hardship amounts to a form of indirect taxation and subsidy to the *Health Care Plan of Alberta*. We would also like to point out at this time that in and aside from our own professional interest, that it would appear that this is the only Province in Canada which does not require third party insuring agents, such as auto insurance to repay the health care plans for expenses incurred as a result of injury for which treatment has been provided for outside of the hospital. In this manner, the Federal portion of the cost sharing of health care in the Province of Alberta is being utilized to subsidize the insurance companies and other third party industries.

Another major concern of the inequities of third party insurance is that a person seeking chiropractic services for injuries arising in an accident, i.e., auto, must firstly utilize the yearly family coverage provided for his entire family for chiropractic services before the third party insurance is liable to compensate him for such treatment. This situation is a severe infringement into the health care coverage of other members of that family that may require chiropractic services."

Reverting to what was said in the *Royal Commission* report, I agree with Mr. Justice Lacroix that chiropractic has established itself as a valid health service in certain areas. It is time the discriminations against it were removed and forgotten.

However, chiropractors must abide Recommendations 18 of the 1979 New Zealand Commission of Inquiry into chiropractic which says in part:

"...that chiropractors who are not registered medical practitioners be restricted in their use of the title "Doctor" and that some usages of the title by others be made illegal..."

## Prosthetic Services

It was urged frequently that the provision of prosthetic equipment and appliances should receive more consideration. I received a particularly sensitive submission from the Hamilton and District Ostomy Association concerning the plight of many senior citizens who had their ostomy surgery many years ago and now, for want of a modern ostomy appliance, must shut themselves away from society.

## Abortion

Abortion was dealt with both as a moral and bed utilization issue. I was urged to recommend changes in the Criminal Code and an expansion of facilities for therapeutic abortions. Broad as they are, my *Terms of Reference* do not extend to dealing with the moral issues involved and I refrain from so doing. Nor do I believe that this is the time or place to discuss amendments to the Criminal Code.

However a phase of the subject which impinges on hospital bed utilization is the fact that some 60,000 therapeutic abortions are performed each year in Canada. Many of these require from two to three days in hospital. It was contended that as these procedures are almost always treated as emergencies, they are being given priority over painful elective surgical cases of long standing.

## Fluoridation

Arguments for and against fluoridation were made. I do not think that I can add anything useful to the statements and recommendations made on this subject in the *Royal Commission's 1964 Report* on page 37-38 of Volume I.

I find it difficult to understand why so many communities do not avail themselves of this preventive measure.

## Professional Sports Injuries Costs

It has been represented to me that the incidences of injuries sustained by participants in professional contact sports is relatively very high. The medical and hospital costs of these injuries are borne by the *Hospital and Medicare Plans*.

Those who participate as members of professional teams are employees of the owners of these teams and in the same way as employees of commercial firms who come within the *Workmen's Compensation Acts* of the various Provinces.

The argument is made that the medical and hospital costs for injuries sustained by participants in such sports in the course of their employment should be covered by the *Workmen's Compensation legislation* and such costs paid by the *Workmen's Compensation Boards*.

The Compensation Boards receive all their revenues from the employers of those injured. This causes the employers to be experience-rated so that those with the highest number and most severe accidents pay the highest premiums.

To introduce such a system so that the hospital and medical costs of the injuries so sustained would have to be borne by the owners and would introduce a new element of safety-awareness and might, in the long run, contribute to a reduction in the violence of these contact sports. It could also remove some of the burden from the people of Canada as a whole and place it where it belongs.



## Funding

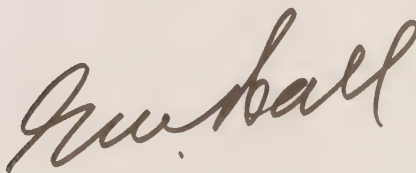
Many associations and organizations in outlining the needs of the future and their participation in those needs advocated research in many fields and programs. In almost every instance they urged that the research they visualized as necessary be funded by Government, either Federal or Provincial. To give effect to all the requests made would require a somewhat massive expenditure which in this time of limited funds when the emphasis is on cutting costs, may be somewhat premature. Certainly research in many areas is required and in some cases overdue. I am not in a position to recommend any specific projects but certainly research in the post-acute hospital stage (rehabilitation) must be given a high priority.

Finally, may I say I do not believe that a viable program can be expected or is even possible, based on the assumption that Ottawa can unilaterally withhold funds from a given Province which Ottawa thinks is in some kind of default.

The maintenance of the *Canadian Health Services Program* is dependent on continued co-operation between the Federal Department of Health and the Provinces. This co-operation is vital. Provision should be made for uninterrupted consultation. This could be achieved by the creation of a continuing committee consisting of the Federal Deputy Minister or a selected Assistant Deputy Minister and the Deputy Ministers of Health of the Provinces required to meet at least semi-annually and to monitor the Health Program continuously.

It is relevant to note that in a recent public opinion survey which sought to have those questioned evaluate and list in importance the various public questions and problems agitating Canadians today, 34% of those surveyed chose health as their number one concern, with housing and employment next in line, leaving the constitution and resource management well behind in the public perception of what is really essential for governments to respond to in this decade.

All of which is respectfully submitted,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Emmett M. Hall". The signature is fluid and cursive, with the first name "Emmett" written in a larger, more prominent script than the last name "Hall".

Emmett M. Hall

July 17, 1980



## HEALTH SERVICES REVIEW '79

### Public hearings were held in the following Cities:

Yellowknife	February 12 - 13	1980
Saskatoon	February 25 - 29	
Ottawa	March 3 - 7	
Vancouver	March 11 - 13	
Winnipeg	March 18 - 20	
Montreal	March 25 - 27	
Toronto	March 31 - April 3	
Halifax	April 8	
St. John's	April 9	
Charlottetown	April 10	
Fredericton	April 11	
Edmonton	April 14 - 16	
Thunder Bay	April 29	

### Other hearings with Governments and other bodies were held as follows:

Ottawa	September 19 - 20	1979
Saskatoon	October 25 - 26	
Ottawa	November 4 - 9	
Edmonton	November 15 - 16	
Winnipeg	November 29 - 30	
Toronto	December 3	
Montreal	December 5	
Toronto	December 7	
Victoria	December 9	
Winnipeg	December 10	
Edmonton	December 12	
Prince Albert	December 19	
Halifax	January 2	1980
St. John's	January 3 - 4	
Charlottetown	January 7	
Fredericton	January 8	
Swift Current	January 22 - 23	
Toronto	April 30	
Regina	June 9 - 10	











EXAMEN DES SERVICES DE SANTE 79

Des audiences publiques ont été conduites dans les villes suivantes:

1980	les 12 et 13 février	Yellowknife
	du 25 au 29 février	Saskatoon
	du 3 au 7 mars	Ottawa
	du 11 au 13 mars	Vancouver
	du 18 au 20 mars	Winnipeg
	du 25 au 27 mars	Montréal
	du 31 mars au 3 avril	Toronto
	le 8 avril	Halifax
	le 9 avril	Saint Jean (T.N.)
	le 10 avril	Charlottetown
	le 11 avril	Fredericton
	du 14 au avril	Edmonton
	le 29 avril	Thunder Bay

D'autres audiences avec les gouvernements et divers groupes ont été conduites à :

	les 19 et 20 septembre	Ottawa
	les 25 et 26 octobre	Saskatoon
	du 4 au 9 novembre	Ottawa
	les 15 et 16 novembre	Edmonton
	les 29 et 30 novembre	Winnipeg
	le 3 décembre	Toronto
	le 5 décembre	Montréal
	le 7 décembre	Toronto
	le 9 décembre	Victoria
	le 10 décembre	Winnipeg
	le 12 décembre	Edmonton
	le 19 décembre	Prince Albert
1980	le 2 janvier	Halifax
	les 3 et 4 janvier	Saint Jean (T.N.)
	le 7 janvier	Charlottetown
	le 8 janvier	Fredericton
	les 22 et 23 janvier	Swift Current
	le 30 avril	Toronto
	les 9 et 10 juin	Regina

élément, à savoir un plus grand souci de la sécurité, susceptible, à longue échéance, de rendre les sports de contact moins violents. Enfin, la charge fiscale attribuée à qui de droit, l'ensemble de la population du Canada s'en verrait soulagée d'autant.

## Financement

De nombreuses associations et organisations, après avoir donné un aperçu des besoins futurs, besoins auxquels elles auraient elles-mêmes à faire face, recommandèrent que des recherches soient entreprises dans certains domaines et projets. Dans la presque totalité des cas, elles recommandèrent vivement que les recherches dont elles entrevoyaient la nécessité soient financées par les gouvernements fédéral ou provinciaux. Il serait quelque peu prématuré alors que l'argent se fait rare et qu'on s'efforce de réduire les dépenses, de se rendre à toutes ces requêtes, car il en irait d'une mise de fonds considérable. Sans doute la recherche est-elle indispensable en bien des domaines et qu'en certains cas, elle se fait par trop attendre. Il ne m'appartient pas de recommander des projets spécifiques, mais il ne fait aucun doute qu'il faille accorder la plus haute priorité à la recherche sur la rééducation fonctionnelle consécutive à la phase aigue.

M'est-il enfin permis de dire que je ne crois pas qu'on puisse s'attendre à ce qu'un projet soit viable ni même qu'on puisse le mettre en route, si on se fonde sur l'hypothèse qu'Ottawa peut unilatéralement décider de retenir des fonds d'une province donnée, tout simplement parce qu'Ottawa juge qu'elle est en défaut. La continuation du Régime de services de santé du Canada dépend de la coopération constante des ministères fédéral et provinciaux de la Santé, Coopération vitale. Il faut se donner les rouages d'une consultation ininterrompue. On pourrait, par exemple, mettre sur pied un comité permanent qui comprendrait le sous-ministre fédéral de la Santé ou un sous-ministre adjoint désigné et les sous-ministres provinciaux de la Santé, qui auraient à se réunir au moins deux fois par année et à contrôler à longueur d'année le Régime des services de santé.

Il vaut la peine de noter que récemment, au cours d'un sondage d'opinion publique où les personnes interrogées étaient invitées à énumérer par ordre d'importance des questions qui soulevaient présentement l'opinion publique au Canada, 34 pour cent répondirent que, d'après elles, la santé constitue le premier problème, le logement et l'emploi, le deuxième et le troisième et les questions de constitution et de gestion des ressources traitaient derrière dans ce que le public estime essentiel pour les gouvernements de se concerter à propos au cours de la présente décennie.

Soumis respectueusement.

Emmett M. Hall

le 17 juillet 1980

## Services de prothèses

L'on a demandé fréquemment que l'on accorde plus d'attention à la fourniture d'équipement et d'appareils de prothèses. J'ai reçu tout particulièrement un mémoire émanant de l'Association Ostomique de la région de Hamilton au sujet de la situation désespérée d'un bon nombre de personnes âgées qui ont été opérées de l'ostomie il y a plusieurs années et qui doivent vivre maintenant à l'écart de la société faute d'un appareil ostomique moderne.

## Avortement

On a traité de l'avortement à la fois sous son aspect moral et en ce qui touche à la question de l'utilisation des lits d'hôpitaux. On m'a prié avec force de recommander que des changements soient apportés au Code criminel et que l'on facilite le recours aux avortements thérapeutiques. Si vastes que soient mes attributions, la moralité de l'avortement est hors de ma compétence et je me garderais bien d'en parler. De plus, je crois que ce n'est ni le temps ni le lieu de débattre d'amendements au Code criminel.

Quant à l'autre aspect de la question, à savoir, l'utilisation des lits d'hôpitaux, on ne peut écarter le fait que 60,000 avortements thérapeutiques sont provoqués chaque année au Canada. Plusieurs fois, presque toujours considérées comme des mesures d'urgence, elles ont priorité sur les cas de chirurgie différés de longue date.

## Fluoration

On a fait valoir les avantages et les inconvénients de la fluoration. Je ne crois pas qu'il soit utile d'ajouter quoi que ce soit là-dessus aux déclarations et recommandations de la Commission royale contenues dans son rapport de 1964 (volume I, pp. 37-38). J'ai peine à comprendre pourquoi tant de collectivités ne se prévalent pas de cette mesure préventive.

## Coûts Occasionnés par les Blessures subies dans les Sports Professionnels

Certaines interventions ont attiré mon attention sur la fréquence relativement très élevée des blessures subies par les joueurs professionnels des sports de contact et sur le fait que les frais médicaux et hospitaliers occasionnés par ces blessures étaient couverts par les diverses assurances-maladie.

Les membres d'équipes professionnelles sont des employés des propriétaires de ces équipes, tout comme le sont les employés d'entreprises commerciales qui relèvent des Lois des accidents du travail des diverses provinces.

On prétend que les frais médicaux et hospitaliers encourus à la suite de blessures subies par les joueurs de ces sports au cours de leur travail devraient être couverts par la législation des accidents de travail et payés par la Commission des accidents de travail.

Les Commissions des accidents de travail reçoivent tous leurs revenus des employeurs de ceux qui subissent des blessures. C'est pourquoi les employeurs sont cotés d'après les accidents qui surviennent à leurs joueurs, de telle sorte que ceux dont l'équipe a le taux le plus élevé d'accidents, et d'accidents sérieux versent les plus fortes primes.

Si l'on adoptait ce système, les frais hospitaliers et médicaux occasionnés par les blessures ainsi subies par les joueurs seraient à la charge des propriétaires. Du coup, cela introduirait un nouvel

Je ne puis pas incorporer l'Annexe I à mon rapport, mais j'enverrai un exemplaire de celui de la Commission de la Nouvelle-Zélande au ministère de la Santé et du Bien-être social.

Plusieurs associations provinciales nous ont adressé des mémoires. Je me reporte à celui de l'Alberta pour faire connaître un point de vue auquel il conviendrait de s'arrêter:

"Cinquante pour cent des provinces canadiennes assurent une couverture des frais de chiropraxie allant de la plus grande, en Saskatchewan, où elle est illimitée, à celles, beaucoup plus restrictives, du Manitoba et de la Colombie-Britannique en matière de diagnostic et de traitement. S'il est vrai que ces provinces et celles d'Alberta et d'Ontario forment les deux-tiers de la population du pays, nous devons de répéter avec insistance que les traitements chiropractiques doivent être intégrés dans le concept de frais partagés, pour soulager d'une partie de la charge financière les provinces qui déjà assument seules la couverture des traitements chiropractiques."

en ce qui concerne plus particulièrement l'Alberta, le rapport dit:

"L'Administration du programme des services de santé de l'Alberta a toujours eu comme attitude qu'il ne lui était jamais venu à l'esprit d'incorporer dans leur totalité au programme fédéral des services de santé du Canada les prestations relatives à la chiropraxie.

Depuis la présentation de votre premier mémoire, en date de 1964, nous sommes d'avis que les témoignages que constituent le rapport de la Commission Lacroix de même que les rapports et les études dont il est question à la page 6 du mémoire de l'Association chiropractique canadienne, satisfont plus que besoin en est aux questions formulées dans votre rapport original, d'ailleurs laissées alors en suspens, et nous vous conseillons vivement de recommander que les ententes fiscales entre les gouvernements fédéral et provinciaux soient modifiées de façon à faire place entière à la chiropraxie dans les programmes des services de santé du Canada.

La charge fiscale en hausse constante constitue une forme d'imposition et de subvention au programme de services de santé de l'Alberta. Nous nous permettons en même temps de signaler, dans notre propre intérêt aussi bien qu'indépendamment de lui, qu'il semble que notre province soit la seule à ne pas réclamer la participation d'assureurs au tiers, comme, par exemple, l'assurance-automobile, pour rembourser la province des dépenses encourues des suites de blessures qui ont été soignées en dehors de l'hôpital. Il apparaît donc que la part versée par le gouvernement fédéral à l'Alberta dans le cadre du programme des services de santé à frais partagés, sert plutôt à subventionner les compagnies d'assurance et d'autres entreprises au tiers.

Une autre facette importante de l'injustice afférente à l'assurance au tiers tient au fait que si quelqueun requiert des soins chiropractiques pour des blessures subies dans un accident d'automobile, par exemple, il lui faut d'abord avoir recours à la police d'assurance familiale à laquelle il souscrit tous les ans, avant que l'assureur au tiers soit tenu de rembourser le montant de traitements dont il a encore besoin. Situation qui porte gravement préjudice aux autres membres de la famille qui pourraient avoir besoin de traitements chiropractiques."

Pour en revenir au rapport de la Commission royale, je dois dire avec le juge Lacroix que la chiropraxie a acquis ses lettres de créance comme méthode thérapeutique valable lorsqu'elle s'applique à certaines parties du corps. Il est grand temps qu'on lève et oublie les mesures discriminatoires dont elle fait l'objet.

Les chiropracteurs devront toutefois se conformer à la recommandation 18 du rapport de la Commission d'enquête de la Nouvelle-Zélande (1979) sur la chiropraxie, à savoir:

"... qu'on ne permette pas aux chiropracteurs-médecins qui ne sont pas autorisés à pratiquer la médecine, à porter le titre de "docteur" et que certains usages dudit titre par les autres soient proscrits par la Loi. . . ."



## Relativement aux sports, l'association recommande

“Qu’une étude d’ensemble soit entreprise par les associations sportives, médicales et sportives, pour identifier les normes de soins visuels appropriées pour le sport amateur et les activités récréatives.”

La recommandation 17 a trait aux aveugles et à ceux qui ont un certain degré de vision. Elle vaut qu’on s’y arrête:

“Que l’on exhorte l’Institut national canadien pour les aveugles, en tant que centre national des services destinés aux aveugles et à ceux qui ont un certain degré de vision, à mettre sans tarder à exécution les recommandations contenues dans le rapport “Vision Canada”, à savoir:

- (1) Inscrire les aveugles et ceux qui ont un certain degré de vision.
- (2) Mettre sur pied des cliniques de l’I.N.C.A. pour ceux qui ont la vue basse ainsi que des services ambulants de soins visuels.
- (3) Faire des enquêtes multi-disciplinaires.”

## Chiropraticiens

J’ai reçu un certain nombre de mémoires d’associations chiropratiques, qui font tous état, d’une façon ou d’une autre, des discriminations dont les chiropraticiens sont, selon elles, victimes. Je ne m’arrêterai, pour le commenter, qu’au mémoire présenté par le Canadian Memorial Chiropractic College of Toronto.

Le document cite des extraits du rapport de la Commission royale:

“Le rapport de la Commission royale sur les services de santé (volume II, page 79), mentionne que nous avons l’intention de nous affilier à une université. Traitant de cette question, la Commission fait les commentaires suivants:

“Nous croyons que le rapport et les conclusions du juge Lacroix seront définitives et vaudront, non seulement pour le Québec, mais aussi pour le reste du Canada.”

plus loin:

“Si, à la suite de son étude, le juge Lacroix conclut que la position adoptée par la profession médicale est juste, alors il faudra en informer la population du Canada. D’autre part, si l’on constate que les prétentions des chiropracteurs sont valides, alors il faudrait intégrer la chiropraxie dans l’enseignement des sciences sanitaires dans les universités.”

Dans son rapport, le juge Lacroix souligne le danger qu’il y aurait à laisser des personnes non qualifiées exercer cette profession sans que ne soient établies au préalable des normes juridiques. Il est également d’avis que les services de santé offerts par les chiropracteurs qualifiés sont valables, qu’ils devraient donc, comme ils le sont dans d’autres provinces, faire l’objet de dispositions légales. L’Assemblée nationale du Québec devait, par la suite (le 1er juillet 1973), adopter la Loi sur la chiropraxie.

le juge estimait en outre que:

“Les arguments présentés en faveur de ce service ont reçu récemment un appui considérable de la Commission d’enquête sur la chiropraxie en Nouvelle-Zélande, dans le rapport que cette dernière a publié en 1979, document qui constitue sans aucun doute l’étude la plus exhaustive jamais entreprise à ce jour sur cette profession. Vous trouverez, à titre d’information, dans l’annexe 1, une copie des conclusions principales de ladite Commission. Nous avons également cru bon d’ajouter à notre rapport le rapport complet de 377 pages de la Commission (Document 2).

“Tous les pharmaciens en exercice, quel que soit leur statut professionnel, devraient bénéficier de dégrèvements fiscaux équitables qui leur permettent de se perfectionner et de se tenir au courant des recherches de pointe. Cependant, les dégrèvements fiscaux actuels favorisent nettement les professionnels travaillant à leur propre compte, d’où la nécessité d’accorder les mêmes allègements aux professionnels salariés.

Les anomalies inhérentes au système fiscal actuel sont d’autant plus apparentes que plusieurs provinces ont introduit des projets de loi visant à exiger de tous les pharmaciens qu’ils aillent suivre des cours de perfectionnement.”

## Optométristes

L’optométrie est un service reconnu par la loi dans le cadre du programme de santé de toutes les provinces canadiennes sauf le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve et l’Île-du-Prince-Édouard. On rapporte que bien des enduits manquent d’optométristes (1 pour 12 734 habitants en 1977). L’ennui, c’est qu’ici, au Canada, on est très mal équipé pour accueillir tous ceux qui aimeraient faire carrière dans cette profession.

Il n’y a actuellement que deux écoles d’optométrie dans tout le pays, une à l’Université de Montréal, l’autre à l’Université de Waterloo. Celle du Québec suffit à ravitailler cette province, mais l’école de Waterloo, qui décerne 60 diplômes par année, doit ravitailler tout le reste du Canada.

Le Manitoba, la Saskatchewan et l’Alberta aident financièrement l’école de Waterloo qui doit, en retour, accepter 13 étudiants par année dont trois du Manitoba et de la Saskatchewan respectivement et sept de l’Alberta. Ces provinces déboursent environ \$3,500 par année pour chaque étudiant. Des pourparlers présentement en cours pourraient aboutir à la création d’une chaire d’optométrie à l’Université de Calgary, dont le budget réviserait des quatre provinces de l’Ouest, ce qui me paraît être une façon fort raisonnable de résoudre un problème évident.

L’association canadienne des *Optométristes* a présenté un rapport excellent et solidement documenté, qui contient 26 recommandations, dont un certain nombre ont trait à des spécialités destinées aux soins de la vue et qui intéressent aussi bien les ophtalmologistes que les optométristes. Ainsi:

“Que les provinces qui ne se sont pas encore donné de statut réglementant la pratique optalmique soient encouragées à le faire et que les lois provinciales existantes soient révisées conformément aux principes de la législation sur les soins sanitaires et la protection du public. A cette fin, que l’on définit nettement ce qu’est un opticien lunetier, que l’on spécifie la nature de ses rapports avec l’ophtalmologiste et l’optométriste, que l’on précise quels sont les conflits d’intérêt qui pourraient surgir et établisse des règlements à leur sujet.”

“Qu’un comité conjoint d’optométristes, d’ophtalmologistes et d’orthoptistes considère, relativement à la législation optométrique et médicale, quel sera à l’avenir le statut des orthoptistes et quelles études seront exigées d’eux pour qu’ils soient dûment habilités à dispenser les soins oculaires.”

“Que des organismes des gouvernements fédéral et provinciaux entreprennent une étude d’ensemble sur les normes visuelles auxquelles doivent se conformer les industries, relativement à l’effort visuel et aux dangers qui menacent la vue de tous les employés ordinaires. Que cette étude soit financée par les gouvernements fédéral et provinciaux et qu’y participent leurs ministères de la Santé et du Travail ainsi que l’Association canadienne de normalisation, la Commission des accidents du travail et les associations nationales ou provinciales des optométristes et des médecins.”

(5) l'on modifie les systèmes de financement de façon que ceux qui ne font pas partie de la profession médicale puissent collaborer de plus en plus à l'amélioration des services de santé.

Le Dr Kaplan termine en ces termes :

“Pour conclure, nous, psychologues agréés de l'Ontario, sommes convaincus que la qualité des soins que nous offrons aux consommateurs est compromise par la réussite même qu'a vaine, dans le traitement des maladies, la façon de l'aborder au cours du dernier demi-siècle, et par la lenteur à reconnaître les déficiences des soins actuels et l'adaptation à la conception actuelle de la promotion, du maintien et du rétablissement de la santé. En outre, ceux qui, sans être médecins, dispensent les soins de santé, ne font pas pleinement partie des équipes de santé des hôpitaux et cliniques modernes. Cette situation est due en partie au fait que le système est entravé par un mécanisme de financement qui ne donne pas au public l'accès à tous les services que peuvent lui offrir ces professionnels qui sont le plus au courant de leurs besoins en matière de soins de santé.”

**Le domaine des soins psychologiques gagnerait à être approfondi et il faudrait profiter d'avantage des services précieux que les psychologues sont à même d'apporter dans le domaine de la santé.**

**Pharmaciens, Produits Pharmaceutiques et Plans Relatifs aux Drogues**

Voilà un sujet très vaste qu'il faut étudier séparément pour en traiter adéquatement.

La Commission royale, dans son rapport de 1964 (volume 1, chapitre 9), s'est longuement attardée à l'industrie des drogues médicamenteuses et à tout ce qui s'y rapporte. Elle a fait vingt-cinq recommandations spécifiques (volume 1, pages 41 à 45) dont, notamment, les suivantes :

“58. Que le gouvernement fédéral verse des subventions aux provinces (50 pour cent du coût du régime) pour l'addition d'une prestation pharmaceutique au Régime de services de santé.  
 “59. Que dans le cas de la prestation pharmaceutique, l'on exige de l'acheteur de chaque ordonnance une cotisation d'un dollar, sous réserve du rabais que le détaillant peut offrir. Cette cotisation ne devrait pas être applicable aux médicaments requis dans le cas d'un traitement prolongé.”

“60. Que la quantité prévue pour chaque ordonnance soit celle correspondant aux normes reconnues de bonne pratique médicale, compte tenu de la marge nécessaire pour assurer une dose suffisante, mais sans gaspillage. De plus, il y aurait lieu de réexaminer périodiquement le mode de prescription des ordonnances afin de déterminer s'il y a des abus et quelle en est l'étendue, et afin d'apporter les changements appropriés aux règlements quant à la quantité de médicaments payés aux termes du régime.”

La recommandation 59, adoptée avec variantes par certaines provinces, a l'air de bien fonctionner. Il faudrait que toutes les autres provinces les imitent. Dans le contexte de mon étude, je ne vois aucun avantage à revenir sur le rapport de la Commission royale. Il y a, dans le mémoire de l'Association de modification à la Loi de l'impôt sur le revenu.

la voici :

“C'est pourquoi, l'Association pharmaceutique canadienne recommande aux responsables de Finances et Revenu Canada que les politiques et les prescriptions administratives concernant les dégrèvements fiscaux existants soient modifiées de façon à autoriser les pharmaciens à déduire les frais qu'ils encourrent lorsqu'ils suivent des cours de perfectionnement leur permettant de s'adapter à l'évolution de leur profession.”

ils s'en expliquent ainsi :

## CHAPITRE 9

### Professionnels de la santé et conclusions

#### Services de Soins Psychologiques

J'ai reçu de M. Ronald Kaplan, Ph.D., un mémoire qu'il avait présenté à la Hamilton Niagara Academy of Psychology, mémoire qu'il convient au plus haut point de scruter minutieusement, parce qu'un aspect inédit des soins sanitaires y est mis en évidence.

«Du point de vue où nous nous plaçons, nous, psychologues professionnels, il nous semble que le public, dans son ensemble, n'a aucune idée du rôle que jouent et pourraient jouer les psychologues dans le domaine de la santé, tandis que les gens qui ont besoin de leurs services trouvent frustrant de ne pouvoir les atteindre facilement.»

«Les ministères et organismes fédéraux de la santé, tant aux États-Unis qu'au Canada, ont déclaré publiquement ces dernières années que les besoins en matière de santé allaient à l'aventir exiger une toute autre approche que par le passé. Je cite, à titre d'exemple, ce passage du *Forward Plan for Health* (publié en 1975 par le "United States Department of Health, Education and Welfare"):

«Il a paru de plus en plus évident au cours des dernières années que c'est par la prévention, plus que par le traitement, des maladies que l'on pourra espérer améliorer de façon sensible la santé de la nation. Sans exclure l'éventualité d'une percée spectaculaire dans le domaine de la recherche, on ne peut s'attendre, par exemple, à ce que nos organismes de soins médicaux réussissent à prolonger sensiblement la durée de la vie. Il faut quelque chose de plus radical.»

et le Dr Kaplan d'ajouter:

«Nous sommes d'avis qu'en matière de soins de santé, il faudra en venir à formuler une théorie ou concevoir un archétype des forces préventives et génératives de maladie. Il faut que nous cherchions à comprendre comment la misère sociale, psychologique et économique influe sur le physique et s'attache à la santé de ceux qui sont vulnérables. Il nous faut déterminer le rôle que jouent le savoir et l'instruction dans l'adaptation aux situations pénibles et la rééducation fonctionnelle de tous les handicapés.»

et voici ce que le professeur recommande:

«C'est en perfectionnant cet outillage conceptuel et technologique que l'on pourra enrichir la qualité de la formation médicale et des soins à prodiguer aux malades. Les choses iront plus vite si:

- (1) L'on remanie les programmes universitaires de psychologie, de façon que les étudiants puissent se livrer à des travaux de recherche et suivre des cours cliniques;
- (2) dans les facultés de médecine, l'on aménage des centres où les étudiants peuvent effectuer des travaux à partir d'approches nouvelles inspirées de la psychologie;
- (3) l'on fait une plus large place aux psychologues dans les facultés de médecine et les hôpitaux;
- (4) l'on remanie les études de médecine;



Le mémoire produit aussi le tableau de la distribution des morts chez les Indiens, par cause et par groupe d'âge.

Cause	Taux par 100,000										
	0 à 1	1 à 4	5 à 14	15 à 29	30 à 49	50 et	Total	Ind.	Prov.		
Transport	—	2( 20)	1( 11)	20( 26)	12( 30)	13( 59)	48( 30)	88.7	42.		
Intoxication	—	—	—	3( 4)	5( 12)	1( 5)	9( 6)	16.6	9.1		
Brûlures	1(100)	5( 50)	6( 67)	4( 5)	4( 10)	1( 5)	21( 13)	38.8	4.3		
Novade	—	1( 10)	—	4( 5)	1( 3)	—	6( 4)	11.1	5.2		
Suicide	—	—	1( 11)	29( 37)	6( 15)	—	36( 23)	66.5	17.0		
Homicide	—	—	1( 11)	7( 9)	4( 10)	1( 5)	13( 8)	24.0	4.2		
Autre	—	2( 20)	—	11( 14)	8( 20)	6( 26)	27( 16)	49.9			
TOTAL	1(100)	10(100)	9(100)	78(100)	40(100)	22(100)	160(100)	295.7	107		

Les chiffres entre parenthèses indiquent le pourcentage par cause.

Le taux de suicide chez les Indiens par rapport à celui de la Province est de 48.3 à 18.0 par 100 000 personnes. Le mémoire ajoute:

“Le fait que la responsabilité du gouvernement fédéral envers les Indiens soit actuellement partagée entre le ministère des Affaires indiennes et du Nord et celui de la Santé nationale et du Bien-être social n’a fait qu’aggraver les problèmes de santé chez les Indiens. A l’heure actuelle, la santé des Indiens est entre les mains du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, dont les services comportent aussi des programmes de lutte contre l’alcoolisme, la toxicomanie et les troubles mentaux.”

Et je cite encore:

“Il n’existe, à notre sens et dans l’esprit des Indiens que nous représentons, qu’une seule solution au problème, complexe, indien. Il faut que le gouvernement fédéral reconnaisse ce droit des Indiens à de bons soins sanitaires; il faut que la Constitution canadienne le reconnaisse et que la Loi sur les Indiens non seulement le garantisse mais qu’elle prévoie la création d’un système de soins sanitaires dirigé par des Indiens. Pour nous assurer que le gouvernement fédéral établisse les mécanismes susceptibles de s’occuper des soins sanitaires relevant des Indiens, nous recommandons très vivement que le gouvernement transfère la Direction des services médicaux du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social au ministère des Affaires indiennes.”

Le mémoire se termine par une série de recommandations, dont les suivantes:

“Que la Direction des Services médicaux passe du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social au ministère des Affaires indiennes et du Nord; Que les crédits affectés aux Services médicaux destinés aux Indiens soient considérablement augmentés pour prévoir le financement des primes d’assurance maladie et les frais des prestations de services non assurés;

Que là où la chose s’avère nécessaire des programmes d’“action positive” soient mis sur pied pour encourager l’Indien à participer au système de soins sanitaires et pour l’aider à se sentir davantage chez lui lorsqu’il se présente dans un hôpital.”

Tous les éléments de ce mémoire méritent qu’on s’y attarde.



Indiens. Je dépasserais les limites de ce rapport si je citais tout le document, mais je souligne qu'il devrait être étudié attentivement.

J'arrive, en dernier lieu, à l'Union des chefs Indiens de la Colombie-Britannique. Le mémoire déclare :

"L'état de santé des Indiens est menacé de diverses façons : ils ne peuvent plus se nourrir d'aliments traditionnels; l'industrie a envahi et changé leurs terres et leurs cours d'eau; les différents gouvernements se sont partagé les responsabilités des domaines relatifs aux Indiens; les réserves sont surpeuplées et la situation des logements est désespérée; le système d'éducation d'étrangers a ravi aux Indiens leur langue et leur culture; et ils ne sont plus maîtres de leur économie localement.

L'état de santé des Indiens est menacé. Autrement, comment expliquer le taux si élevé de mortalité infantile, la perte incroyable de tant de jeunes vies par suite d'alcoolisme et de toxicomanie, le taux élevé de mortalité due aux accidents, à l'intoxication, à la violence, et la présence constante de maladies contagieuses, telles la tuberculose et l'hépatite, tellement répandues qu'une population non indienne serait prise de panique si la même chose se produisait chez elle.

Il existe toujours la possibilité que le régime d'assurance maladie disparaisse, et cela nous inquiète énormément. Car comment un Indien d'une réserve qui n'a même pas de quoi payer la prime d'assurance courante pourrait-il survivre?

L'année dernière, nous avons reçu des lettres de dentistes qui refusent de donner des soins aux Indiens parce qu'ils ont du mal à se faire payer par le gouvernement. Nous avons également reçu des lettres de médecins qui nous disent ne pas pouvoir se permettre de traiter des Indiens indigents parce qu'ils éprouvent des difficultés à faire régler les comptes. Qu'advient-il quand il n'y aura plus de régime d'assurance? Comment notre peuple survivra-t-il?

Sans aucun doute, les médecins ont le droit de se faire payer. La solution à tous ces problèmes sera possible lorsqu'on confiera aux Indiens l'administration de leurs affaires. Lorsque nos bandes et nos conseils de district jugeront qu'ils sont prêts à assumer l'administration de leurs propres services sanitaires et la direction de leurs propres vies, nous espérons bien que les médecins du pays seront les premiers champions de ce changement.

Nous espérons que ce seront les médecins eux-mêmes qui s'offriront pour aider à mettre au point ces nouveaux systèmes et à former les Indiens qui en seront responsables.

Le gouvernement fédéral devra finir par se rendre compte qu'en partageant sa responsabilité envers les Indiens entre le ministère des Affaires indiennes et du Nord et celui de la Santé nationale et du Bien-être social, il fait aux Indiens beaucoup plus de tort que de bien."

Le mémoire donne la liste des causes de mort chez les Indiens en Colombie-Britannique :

Causes de mort		Indiens de la C.-B.	Province
Accidents, intoxication, violence	39.9%	13.5%	
Troubles de l'appareil cardio-vasculaire	24.7%	47.1%	
Troubles de l'appareil respiratoire	7.9%	6.7%	
Troubles de l'appareil digestif	7.9%	4.5%	
Néoplasmes	6.3%	19.5%	
Troubles mentaux	4.5%	0.7%	

programmes de soins à domicile; des services de counselling sur la prévention; l'emploi à pleine capacité de paraprofessionnels sanitaires et le perfectionnement de ces derniers; des responsabilités plus étendues pour les infirmières.

2. Il faut revenir à la formule où les gouvernements fédéral et provinciaux partagent également les frais et en vertu de laquelle la somme des fonds fédéraux donnés aux provinces pour les soins sanitaires aux Indiens soit bien connue de ceux-ci. Par la suite, les provinces devront rendre compte aux Indiens de la façon dont ces fonds sont dépensés pour empêcher qu'ils ne soient affectés à la construction de routes provinciales ou à la réalisation d'autres projets qui n'ont rien à voir avec la santé des Indiens, laquelle ils étaient destinés à assurer.

3. Au fur et à mesure que se précisent les sommes à affecter aux soins de santé pour les Indiens, on devrait permettre aux Indiens et aux organismes qui les représentent de participer de plus en plus à la planification des services de santé créés à leur intention. Ils sont le mieux placés pour savoir quelles sont les causes profondes de leur propre manque de santé, et ils sont le plus à même de mettre au point des programmes de prévention vraiment efficaces."

**L'Association des Indiens de l'Alberta** a déclaré, dans le document provisoire adressé au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, les choses suivantes:

#### "Principes:

Aux termes des traités, les Indiens ont droit aux soins de santé universels, aux frais du gouvernement fédéral. Cette obligation fédérale englobe tous les Indiens: ceux qui sont dans les réserves et ceux qui ne le sont pas.

#### Mécanismes:

Il faut que le gouvernement fédéral et les Indiens en arrivent à une entente concernant le partage des responsabilités en matière de soins médicaux et sanitaires, et ce, conformément aux dispositions des traités; il faut que cette entente soit sanctionnée par une loi et que les traités indiens soient incorporés à l'Acte de l'Amérique du Nord britannique . . ."

Voici ce que dit le document sur l'idée que l'Indien se fait concernant les services de santé:

#### "Principes:

Reconnaître la valeur et la pertinence des pratiques indiennes traditionnelles. Elles sont efficaces et coûtent moins cher que les services sanitaires des Blancs.

#### Mécanismes:

Les administrateurs des soins de santé pour les Indiens doivent allier des pratiques indiennes et des pratiques non indiennes pour obtenir les meilleurs résultats; ils doivent encourager le recours aux pratiques traditionnelles, par exemple aux services de la sage-femme."

Outre cela, le document a conseillé vivement la décentralisation du programme national de lutte contre l'alcoolisme. On veut qu'il devienne provincial et que:

"Le transfert du programme de la juridiction fédérale à la juridiction provinciale ne se fasse pas sans que les chefs indiens et les représentants de leurs gouvernements ne soient consultés sur tous les points et qu'ils les aient approuvés: le financement et les arrangements de services de santé universels pour les Indiens ne doivent pas faire partie du plan d'assurance maladie nationale; le morcellement actuel des services de santé fédéraux devra être corrigé; le gouvernement de l'Alberta devrait se limiter à fournir des hôpitaux et des services spécialisés à l'extérieur des réserves."

Le document stipule encore que les Indiens devraient contrôler les services sanitaires destinés aux

## ***La Fraternité des Indiens du Canada*** a commencé par faire l'histoire de la santé chez les Indiens, et a ensuite abordé l'époque actuelle:

"En introduisant progressivement son système de services médicaux et en en prévoyant la qualité supérieure, le gouvernement fédéral a effectivement supprimé les moyens traditionnels dont se servaient les Indiens pour prévenir et guérir les maladies. Bien que ces services avec ses médicaments miracle et ses techniques ésotériques semblent impressionnants, il reste qu'ils accusent de graves lacunes.

Une des faiblesses importantes de ces services, c'est que, d'une part, ils sont conçus surtout pour des situations critiques, et que, d'autre part, il y a toujours carence de personnel et manque d'installations.

Les services sanitaires se sont occupés principalement de programmes intensifs, pour enrayer la propagation de la tuberculose, fort répandue, et vacciner les gens contre la petite vérole. Le système des soins de santé aux Indiens, axé sur les situations de crise, a peu évolué depuis ses débuts.

### ***Besoins: Soins préventifs***

Le seul moyen qui s'offre à nous, tant du point de vue économique que médical, c'est d'introduire ce que les peuples indiens n'ont jamais retrouvé depuis que leur système de guérison traditionnelle a été supprimé: une véritable prévention des maladies, c'est-à-dire des soins destinés à corriger les causes des maladies et à rendre les individus et les communautés entières plus aptes à améliorer leur état de santé.

***Les Programmes de prévention à la manière des Indiens*** devront avoir des perspectives beaucoup plus larges que celles des programmes en place. Le gouvernement définit la "prévention" dans un sens étroit. Il faut en élargir le sens pour qu'il englobe la multiplication des emplois chez les Indiens, leur développement socio-économique, le contrôle par les Indiens de l'éducation et des programmes d'éducation destinés aux Indiens. Il faudra insister sur la survie culturelle et sur la compréhension renouvelée des lois de la nature et de la santé. Il faut aider les Indiens à retrouver les anciens moyens propres à guérir et à soulager les malades, dont ils se servaient, ainsi qu'un mode de vie favorable à la santé; les aider aussi à moins dépendre des médicaments des pays occidentaux. On devrait recourir davantage à nous, Indiens, pour remplir, au sein de nos communautés, les rôles de paraprofessionnels, responsables d'hygiène publique, d'hygiène alimentaire et de programmes de lutte contre l'alcoolisme, de thérapeutes dentaires, d'infirmiers de soins à domicile.

... ***L'alcoolisme*** est le premier problème de santé qui afflige notre peuple. À l'instar d'autres maladies, il est le symptôme de problèmes bien enracinés chez lui:

Lorsqu'une personne, un peuple, ne commande pas les leviers de sa vie, de ses activités, il est soumis à une pression continue, et il a tôt fait de se démoraliser. Le peuple indien a été forcé de dépendre de politiques fédérales paternalistes et qui ne cessent de changer. Elles ont contribué en grande partie à causer les maux sociaux si répandus aujourd'hui: l'alcoolisme, la toxicomanie, l'effritement de la famille, les suicides, les accidents et les morts violentes.

Le ***Ontario Council on Native Justice*** vient de prouver que seuls quelques cents par dollar des impôts provenant de la vente d'alcool aux Indiens sont consacrés à financer des programmes de lutte contre l'abus de l'alcoolisme chez les Indiens. Nous voudrions que la somme totale de ces impôts, fédéraux et provinciaux, soit dépensée à mettre sur pied des programmes de prévention d'alcoolisme chez les Indiens, et qu'ils soient contrôlés et dirigés par eux."

Le mémoire se terminait sur ces recommandations:

1. "Nous appuyons le mémoire du ***Canadian Health Coalition***, notamment lorsqu'il recommande: le besoin de centres d'hygiène communautaires; la création d'établissements pour maladies chroniques, apparentes à des hôpitaux mais coûtant moins cher et comportant des

fédéraux-provinciaux universels.

Si un malade a besoin de ces soins et services, et qu'il subit l'examen des moyens d'existence, il peut se les procurer par l'intermédiaire du ministre provincial du Bien-être. Ces soins sont donnés en vertu d'un programme à frais partagés conformément au Régime d'assistance publique du Canada. Les Services de santé à l'intention des Indiens relèvent d'un ensemble d'accords signés par les gouvernements fédéral et provinciaux et le secteur privé. Il en résulte que les soins et services de santé gratuits garantis aux Indiens à perpétuité, selon les traités, leur sont refusés. Des membres de bandes qui ne vivent pas dans la réserve ont dû subir l'examen des moyens d'existence et s'inscrire au bien-être avant de recevoir des prestations pour soins de santé. Ce que je viens de vous décrire n'a jamais fait partie des traités conclus avec la Couronne.

Quatre points se dégagent clairement si l'on épluche les articles des traités et que l'on analyse le compte rendu des négociations qui ont précédé la rédaction et la signature des traités, et que l'on consulte les dossiers gouvernementaux, les récits historiques et les témoignages des Indiens concernant la période allant de 1876 à 1905. Ces quatre points sont :

1. Les négociateurs des Indiens cherchaient à obtenir, et les négociateurs de la Couronne garantissent, la création de services de santé gratuits, tout compris, à perpétuité. Et cela devait être un droit unique, exclusif aux Indiens et dont le gouvernement fédéral assurerait l'application;
2. les Indiens ont chargé le gouvernement fédéral de fournir les installations, les services et le personnel nécessaires;
3. le gouvernement fédéral doit assumer exclusivement la responsabilité fiscale;
4. immédiatement après la signature des traités, la Couronne a reconnu ses responsabilités et a cherché à les remplir.

Les traités conclus avec les Indiens ont force de loi, ce que les tribunaux reconnaissent. Les stipulations concernant la santé dans les traités priment les dispositions des lois provinciales sur la santé . . . .

... L'article 91 de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique donne au gouvernement fédéral l'autorité législative *exclusive* sur les "Indiens et les terres réservées pour les Indiens" (catégorie du sujet 24). L'article ne précise pas qu'il s'agit d'Indiens établis sur les terres réservées aux Indiens . . . . Les arrangements financiers du programme existant seront étudiés cette année et nous vous prions instamment de veiller à ce que la nouvelle entente prévoie que la somme des fonds par Indien gouvernement fédéral . . . .

Outre cela, nous demandons avec insistance au Canada de prendre une autre mesure (pour ce que nous avançons), à savoir de supprimer l'"examen des moyens d'existence" et la "facturation directe".

Que le Canada reconnaisse aux Indiens le droit d'avoir une carte de santé universelle, une carte qui reconnaisse les droits garantis par les traités, et le problème sera résolu une fois pour toutes . . . . Nous voulons que le Canada respecte les engagements qu'il a pris en vertu des traités, et qu'il apporte son secours financier aux Indiens de la Saskatchewan afin de les aider à faire face à leurs problèmes.



"La conclusion de mon rapport est simple dans ses grandes lignes. Le gouvernement fédéral devrait mettre à la disposition des Indiens et des Inuit du Labrador, ainsi que de leurs voisins, les installations et les connaissances qu'il possède. Les installations et les connaissances que l'on trouve dans le nord du Labrador ne répondent pas aux besoins sanitaires élémentaires du peuple. L'état de la situation est dangereux, à l'heure actuelle et le sera à l'avenir. Elle est déraisonnable la crainte que l'on a de voir des organismes de "l'extérieur" venir contaminer le milieu, car les symptômes de mauvaise santé sont déjà là et indiquent que la "contamination" s'est déjà produite. Le vrai sujet de crainte, c'est que le gouvernement intervienne en masse, sans contrôle des autorités locales. On propose en ce moment que les deux niveaux de gouvernement (fédéral et provincial) financent la création d'un Conseil régional de la santé pour le nord du Labrador. Ce conseil administrerait de façon autonome les services de santé. Administrer effectivement et non pas de manière consultative. Et les gouvernements s'engageraient à fournir les crédits budgétaires nécessaires. A moins de procéder de cette façon, le Labrador continuera de se sentir de plus en plus séparé comme un étranger du reste du pays et ses habitants de souffrir de services médicaux incapables de répondre à leurs besoins."

Il est évident que le programme national de santé laisse beaucoup à désirer au Labrador. Il faut y remédier. La chose n'est possible que si le gouvernement du Canada et celui de Terre-Neuve collaborent.

J'ai eu l'occasion d'examiner l'état de la situation avec le Dr L.M. Black, Sous-ministre adjoint du Ministère de la santé et du bien-être, et M. J.G. Sinclair, Directeur régional de la Direction des services médicaux (région de l'Atlantique) du Ministère de la santé et du bien-être.

Ils sont d'accord avec les conclusions et les recommandations du Dr Sarsfield et ils ont dit qu'ils sont à prendre des mesures et à élaborer des plans pour s'occuper promptement et efficacement de ces problèmes. Un autre mémoire, celui de M. Sweetnam, à traité de la nature des liens qui existent entre l'Association internationale Grenfell et le Ministère provincial de la Santé.

## Services de santé pour les Indiens

Un point de première importance que la Fraternité des Indiens du Canada, la Fédération des Indiens de la Saskatchewan et les Chefs indiens de la Colombie-Britannique ont soulevé, c'est la nature et la qualité des services de santé que reçoivent les Indiens inscrits et les Indiens non inscrits partout au Canada.

Voici ce que déclare en partie la *Fédération des Indiens de la Saskatchewan*:

"L'état de santé des Indiens de la Saskatchewan, ainsi que les soins de santé et les services de santé qu'on leur prodigue, sont loin d'être satisfaisants. Les statistiques de l'état civil... et les indicateurs socio-économiques, que vous trouverez dans les documents que je présenterai tout à l'heure, dépeignent une situation qui continue d'empirer plutôt que de s'améliorer.

Cet état de choses est connu. Des rapports à cet effet ont été transmis au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, au ministère des Affaires indiennes et du Nord, à un grand nombre de députés; cependant, on prête peu d'attention à la santé et à la qualité de vie des Indiens.

Monsieur le Commissaire, ce n'est pas le temps de rappeler ici comment le gouvernement du Canada a refusé d'assumer ses responsabilités envers les Indiens de la Saskatchewan... Plûtôt que de payer les dépenses réelles des programmes à frais partagés, le gouvernement fédéral transfère maintenant aux provinces des champs d'imposition plus étendus, et fait une contribution en espèces.

Certains soins de santé, notamment les soins dentaires, les soins concernant la vue, les soins paramédicaux, ainsi que les médicaments prescrits ne sont pas couverts aux termes de ces



## Labrador

(1) des dépenses de voyages que doit payer le malade que son médecin envoie pour un traitement médical non urgent, dépenses pour se rendre d'un endroit éloigné à un centre médical comme Thunder Bay, Winnipeg ou Toronto;

(2) du fait que la malade, venant d'un endroit éloigné, trouve, à son arrivée à l'hôpital à Thunder Bay, que le lit qu'il a retenu est déjà occupé, et que par conséquent il doit chercher une chambre en ville sans avoir assez d'argent liquide pour la payer;

(3) du fait que le Régime d'assurance maladie de l'Ontario (et cette plainte nous l'avons entendue tout aussi bien ailleurs) impose des frais de \$10 par jour d'hospitalisation pour tous les jours passés à l'hôpital au-delà de 60 jours. Ce sont presque exclusivement des retraités qui ont formulé cette plainte, et notamment les couples retraités qui ont formulé cette plainte, et notamment les couples retraités, l'un devant aller à l'hôpital, laissant l'autre supporter seul les dépenses faites à la maison.

Je regrette de n'avoir pu communiquer autant que j'aurais voulu avec les personnes du Labrador. En effet, à cause de retards dans les voies de communication, aucun habitant ou représentant du Labrador n'a assisté à l'audience publique de St. John, le 9 avril. J'ai tenté par la suite d'organiser une rencontre avec les communautés importantes du Labrador, et, encore une fois, des retards dans la distribution postale m'en ont empêché. J'ai réussi, toutefois, à communiquer par téléphone avec M. Randy Sweetnam de Nain.

Par ailleurs, j'ai reçu et étudié avec profit le rapport du Dr Peter Sarsfield intitulé *Health Care Delivery System in Northern Labrador* (Services de soins médicaux dans le Labrador-Nord). Le Dr Sarsfield était on ne peut plus qualifié pour entreprendre cette étude. Il décrit ainsi sa formation et ses antécédents:

“... diplôme en médecine de l'université Dalhousie, à Halifax (Nouvelle-Ecosse) en 1973, et trois années comme médecin généraliste avec l'association Grenfell au Labrador. Pendant plus d'un an, j'ai parcouru, à titre de médecin itinérant, la région côtière, de Black Tickle à Nain, et je connais pratiquement tout le monde dans les endroits que j'ai visités, ainsi que les postes infirmiers, et je suis au courant des problèmes et des installations sanitaires que l'on y trouve. Après cette période de temps, je devins l'adjoint du Directeur des Services médicaux du Nord à l'hôpital North West River, chargé des transports, de l'achat des médicaments, de la consultation externe, des décisions à prendre concernant les malades à faire traiter ailleurs, de bon nombre de malades hospitalisés, de la surveillance médicale des postes infirmiers, des communications et des dossiers médicaux.”

Le Dr Sarsfield n'a pas limité ses activités à la seule région du Labrador. Il s'est aussi rendu ailleurs au Canada “en vue d'évaluer, écrit-il, le genre de services que l'on donnait dans des endroits et à des populations assimilables à ceux du Labrador. J'ai accompli cette étude, contraint uniquement par le temps à ma disposition. Ainsi j'ai visité St. John, Halifax, St. Anthony (Terre-Neuve), Montréal, Ottawa, Moose Factor, Winnipeg, Edmonton, Inuvik et Frobisher Bay. Je me suis renseigné auprès des représentants des Indiens et des Inuit aussi bien qu'auprès des fonctionnaires”.

Il trace l'histoire des services médicaux à partir de 1860, l'année où le Dr Wilfred Grenfell arriva à Terre-Neuve et au Labrador. C'est grâce aux efforts de ce dernier que fut créée l'Association internationale Grenfell.

Le Dr Sarsfield a fait un certain nombre de recommandations détaillées concernant les services médicaux qui se donnent au Labrador, et il voudrait que ces services ressemblent à ceux offerts à Terre-Neuve. Il déclare:

## CHAPITRE 8

### Services de santé dans les postes isolés

L'objectif qui consiste à fournir les mêmes services de santé à tous les Canadiens est un objectif idéaliste qui ne peut être atteint, étant donné la grande étendue et le relief du Canada. Nous ne devons pas, toutefois, invoquer cette excuse pour ne pas faire de notre mieux en toutes circonstances.

À chapitre 9 du rapport de la Commission royale, on discute des services de santé dans le Nord en ces termes :

“Pour répondre aux besoins de santé du Nord, il faut d'abord obtenir le personnel, l'équipement et les installations nécessaires, et en second lieu, rendre ces ressources physiquement accessibles au moment et à l'endroit où ils sont nécessaires. Quand on visite les installations de santé du Nord, on ne peut se défendre d'admirer le haut calibre du personnel et son sens du dévouement. Le problème est que le personnel n'est pas suffisant et que ceux qui sont là ne reçoivent pas un encouragement suffisant à rester pour une période de temps raisonnable.”

Cette constatation vaut encore aujourd'hui. Médecins, infirmières des postes infirmiers, le personnel auxiliaire et celui des services d'évacuation par avion, toutes ces personnes ont excellent dans leurs tâches dans des conditions très difficiles. Le transfert des Services de santé du Nord, d'Edmonton à Yellowknife, facilitera la marche des opérations. Le projet de services de santé dispensés par avion, que le Service de santé du Nord avait proposé dans ses grandes lignes et que la Commission royale avait approuvé, n'a pas été adopté tel quel, mais l'idée a fait son chemin. À l'heure actuelle, des avions desservent les Territoires de façon très convenable, sauf lorsque les conditions météorologiques les en empêchent. Ils transportent, selon le cas, à l'hôpital le plus proche ou à l'hôpital de base, les personnes très malades ou celles qui requièrent obligatoirement des soins médicaux. Je n'ai reçu que des louanges des habitants des Territoires du Nord-Ouest concernant les Services de santé du Nord.

Le taux de la mortalité infantile et celui de la mortalité liée à la maternité ont considérablement diminué, mais ils sont encore trop élevés, et les conditions de vie laissent trop à désirer. En matière de logement, il y a un progrès marqué. Aucun Inuit, me dit-on, n'habite les igloos. Ils sont en plus grand nombre à vivre dans des agglomérations et ne vivent plus aussi isolés qu'ils l'ont fait jusqu'à ces derniers temps.

À tous ceux que le Nord et ses peuples intéressent, je recommanderais de relire le chapitre 9 du volume II du rapport de la Commission royale.

*La faculté de médecine de l'Université du Manitoba* fait transporter des médecins par avion dans le Nord du Manitoba. Les médecins s'y rendent par roulement pour y dispenser leurs soins. C'est une heureuse initiative qui devrait susciter des émulés dans d'autres provinces.

Et voilà ce qu'il en est pour le grand Nord. Quant à la situation dans la région nord-ouest de l'Ontario, elle n'est pas très bonne.

Lors d'une audience tenue à *Thunder Bay*, les gens se sont plaints principalement de trois choses :



# Ventes en Dollars et Consommation Apparente D'Alcool en Boissons au Canada et Dans Les Provinces en 1975-76

TABLEAU 25

Ventes				
Province	Bière	Vin	Spiritueux	Total
(Milliers de dollars de vente)				
T.N.	\$ 51,342	\$ 4,096	\$ 32,157	\$ 87,595
I.P.E.	7,438	1,294	10,929	19,661
N.E.	51,248	10,670	61,423	123,341
N.B.	44,579	7,634	42,745	94,958
Que.	369,898	128,214	299,597	797,709
Ont.	463,724	140,011	604,413	1,208,148
Man.	58,467	12,541	84,934	155,942
Sask.	52,110	7,207	71,156	130,473
Alta.	113,062	31,578	177,824	322,464
C.B.	128,593	70,338	248,913	447,844
Yukon	2,804	986	4,177	7,967
T.N.O.	4,270	963	5,748	10,981
Canada	\$1,347,535	\$415,532	\$1,644,016	\$3,407,083
Consommation apparente				
Province	Bière	Vin	Spiritueux	Total
(Milliers de gallons d'alcool pur)				
T.N.	537.1	29.3	279.6	846.0
I.P.E.	84.9	11.3	95.2	191.4
N.E.	613.9	95.3	546.4	1,255.6
N.B.	529.0	73.5	384.8	987.3
Que.	6,587.4	1,186.8	2,929.2	10,703.4
Ont.	7,900.9	1,322.5	6,113.2	15,336.6
Man.	917.7	145.6	818.8	1,882.1
Sask.	704.0	85.3	678.4	1,467.7
Alta.	1,534.8	336.2	1,595.6	3,466.6
C.B.	2,240.3	750.4	2,355.2	5,345.9
Yukon	22.4	5.7	32.4	60.5
T.N.O.	36.9	6.2	40.0	83.1
Canada	21,709.3	4,048.1	15,868.8	41,626.2
Correction relative à l'information de L.C.B.O.				

Source: The Control and Sale of Alcoholic Beverages in Canada: Fiscal Year Ended March 31st, 1976.) Statistiques Canada, Catalogue 63-202).  
 Pour convertir les gallons de boissons en gallons d'alcool pur les  
 valeurs moyennes suivantes furent utilisées: bière - 5% d'alcool par  
 volume; vin - 13%; spiritueux - 40%.

TABLEAU 24

## 1. Boissons alcoolisées et tabac

(a) et (b)		(a) et (b)	
Dépenses du consommateur	Produits à base de tabac	Boissons alcoolisées	Année
(Millions de dollars)	(Millions de dollars)	(Millions de dollars)	
1970	1,396	1,898	1970
1975	2,050	3,501	1975
1976	2,333	3,767	1976
1977	2,559	4,116	1977
1978	2,809	4,485	1978

Source: Statistics Canada, National Income and Expenditure Accounts, Tableau 53 (Catalogue 13-531)

(c)		(c)	
Revenus du gouvernement (1)	Produits à base de tabac(2)	Boissons alcoolisées(3)	Année
(Millions de dollars)	(Millions de dollars)	(Millions de dollars)	
1960	743	918	1960
1970	1,396	1,898	1970
1975	2,050	3,501	1975
1976	2,333	3,767	1976
1977	2,559	4,116	1977
1978	2,809	4,485	1978

(1) Exclut les revenus provenant de la taxe générale sur les ventes qui n'est pas disponible par article.

(2) Source: Ministère du Revenu National, Report of the Department of National Revenue: Customs, Excise and Taxation, 1975, 1976.

(3) Source: Statistiques Canada, The Control and Sale of Alcoholic Beverages in Canada, Catalogue 63-202, 1976 to 1975.

Remarque: Des détails supplémentaires sur la production et les ventes de produits à base de tabac et de boissons alcoolisées sont contenus dans des pages ajoutées et préparées dans l'Annuaire de la production sanitaire.



TABLEAU 23

Revenus que le gouvernement du Canada tire spécifiquement du contrôle et de la taxation des boissons alcoolisées (en milliers de dollars).  
Années fiscales de 1966-67 à 1975-76

Nature de la l'imposition												% aug- mentation de 1966-67 à 1975-76
Sur le spiritueux:	1966-67	1967-68	1968-69	1969-70	1970-71	1971-72	1972-73	1973-74	1974-75	1975-76		
Taxe d'accise	158,157	180,401	185,367	194,733	209,361	235,249	254,730	283,720	316,388	353,029	123.2	
Permis	9	10	10	10	11	11	12	12	15	13	44.4	
Taxe à l'importation	40,858	42,607	41,678	49,547	50,557	59,201	59,699	73,633	90,178	80,896	98.0	
Total	199,024	223,018	227,055	244,290	259,929	294,461	314,441	357,365	407,121	433,938	118.0	
Sur les vins:												
Taxes d'accise	4,752	5,327	5,860	6,991	8,064	9,373	10,006	10,087	12,699	12,016	152.9	
Taxe à l'importation	3,479	3,754	3,306	5,001	5,668	6,754	7,779	9,253	9,419	10,905	213.5	
Total	8,231	9,081	9,166	11,992	13,732	16,127	17,785	19,340	22,118	22,921	178.5	
Sur la bière:												
Taxe d'accise	113,254	120,239	134,970	139,353	149,154	160,607	166,834	176,590	183,321	182,508	61.1	
Permis	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	-33.3	
Taxe à l'importation	352	660	608	622	700	738	756	879	1,147	1,327	277.0	
Total	113,609	120,902	135,581	139,978	149,857	161,348	167,593	177,472	184,470	183,837	61.8	
Totaux	320,864	353,001	371,802	396,260	423,518	471,936	499,819	554,177	613,709	640,696	99.7	

Remarque: Les chiffres ne comprennent pas la taxe générale sur les ventes qui n'était pas disponible par article.

Source: Statistiques Canada, The Control and sale of Alcoholic Beverages in Canada, Catalogue 63-202, de 1967 à 1975.

TABLEAU 22

**Quelques conséquences économiques de l'usage de la  
cigarette par catégorie de maladies 100**

	Morbidité	Services médicaux		Coûts d'hospitalisation		Mortalité	Incendie	Coût total	
		< a >	< b >	< a >	< b >			< a >	< b >
Cancer du poulmon	H F T	667 72 739	943 55 998	7 631 925 8 556	10 539 672 11 211	60 944 3 725 64 669		69 242 4 722 73 964	72 426 4 452 76 878
Maladies coronariennes	H F T	1 220 0 1 220	2 323 498 2 821	10 051 0 10 051	20 036 5 846 25 882	173 983 9 494 183 477		185 254 9 494 194 748	196 342 15 838 212 180
Bronchite	H F T	373 102 475	659 130 789	3 145 817 3 692	5 816 1 358 7 174	6 903 729 7 632		10 421 1 648 12 069	13 378 2 217 15 595
Emphyseme	H F T	322 52 374	756 79 835	2 294 335 2 629	5 705 676 6 381	8 504 951 9 455		11 120 1 338 12 458	14 965 1 706 16 671
Indéfinie	H F ND T	112 378 52 158 164 536	- - -	- - -	- - -	- - -	3 109 1 510 15 800 20 419	115 487 53 668 15 800 184 955	115 487 53 668 15 800 184 955
Total	H F ND T	112 378 52 158 164 536	2 582 226 5 443	4 681 762 23 121 2 077	42 096 8 552 50 648	250 334 14 899 265 233	3 109 1 510 15 800 20 419	391 524 70 870 15 800 478 194	412 598 77 881 15 800 506 279

Source: Calculé selon les chapitres indiqués.

< a > Coûts répartis selon les quotients de morbidité.  
< b > Coûts répartis selon les quotients de mortalité.

TABLEAU 21

**Quelques conséquences économiques de l'usage de la  
cigarette, par âge et par sexe 99**

	Morbidité	Coûts d'hospitalisation						Total		Coût par fumeur	
		Services médicaux		Mortalité							
		(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)		
(milliers de dollars)											
Hommes											
15-24	13 651	13	0	99	0	0	13 763	13 651	15.45	15.32	
25-34	32 866	28	0	100	0	0	32 994	32 886	41.50	41.34	
35-44	34 079	68	257	379	3 108	53 798	88 954	91 242	127.08	130.35	
45-54	19 430	981	1 759	6 467	10 999	119 252	146 130	151 440	256.82	266.15	
55-64	12 352	675	1 160	6 467	11 000	77 284	96 778	101 796	225.07	236.73	
65+	0	871	1 505	9 609	16 989	0	10 426	18 494	43.26	76.74	
Total	112 378	2 582	4 681	23 121	42 096	250 334	388 415	409 489	107.12	112.93	
Femmes											
15-24	10 754	8	0	70	0	0	10 832	10 754	16.31	16.20	
25-34	13 367	23	0	70	0	0	13 460	13 367	23.91	23.74	
35-44	11 587	32	11	191	90	792	12 602	12 480	25.77	25.52	
45-54	9 437	66	312	562	2 330	7 666	17 731	19 745	48.98	54.54	
55-64	7 013	50	187	562	2 331	6 441	14 066	15 972	51.34	58.29	
65+	0	47	252	622	3 801	0	669	4 053	6.62	40.13	
Total	52 158	226	762	2 077	8 552	14 899	69 360	76 371	28.28	31.13	
Total	164 536	2 808	5 443	25 198	50 648	265 233	457 775	485 860	75.30	79.92	

Source: Calculé selon les chapitres indiqués.

(a) Répartition des coûts selon les quotients de morbidité.

(b) Répartition des coûts selon les quotients de mortalité.

**TABEAU 20**  
**Nombre de naissances vivantes chez les adolescentes au Canada et dans les provinces**  
**1979-76\*<sup>90</sup>**

Year	CANADA		I.-P.-E.		N.S.		N.-B.		QUÉ.		ONT.	
	-15	15-19	-15	15-19	-15	15-19	-15	15-19	-15	15-19	-15	15-19
1970	297	42,277	3	260	20	2,171	16	1,745	31	6,229	86	16,912
1971	292	40,188	2	268	27	2,248	19	1,923	22	6,052	88	15,451
1972	297	39,640	1	282	25	2,232	24	1,990	30	5,556	97	15,300
1973	334	39,518	3	298	23	2,292	23	2,018	29	5,574	108	15,155
1974	312	38,314	4	307	31	2,247	18	1,953	26	5,367	109	14,530
1975	370	38,818	2	312	21	2,125	28	1,968	45	6,176	111	14,038
1976	353	37,402	1	284	26	2,014	19	1,890	43	6,532	107	13,215

Year	MAN.		SASK.		ALB.		C.-B.		YUKON		T.N.O.	
	-15	15-19	-15	15-19	-15	15-19	-15	15-19	-15	15-19	-15	15-19
1970	26	2,465	22	2,253	44	4,593	46	5,358	-	75	3	216
1971	31	2,606	28	2,368	31	4,232	40	4,775	-	90	4	175
1972	18	2,533	27	2,512	28	4,241	39	4,694	-	77	8	223
1973	22	2,561	35	2,622	39	4,200	45	4,533	-	64	7	201
1974	33	2,545	19	2,459	32	4,104	35	4,503	1	82	4	217
1975	39	2,472	36	2,637	38	4,402	41	4,407	-	61	9	220
1976	41	2,311	29	2,697	37	5,190	46	3,975	1	63	5	231

\* Terre-Neuve non compris

SOURCE: Statistique Canada. Statistiques démographiques - Rapport annuel, Ottawa, 1970-76.

majeure est évidemment la santé du bébé. Le plus grand risque que pose la grossesse chez les adolescentes est le taux élevé d'un poids faible à la naissance et les suites défavorables qui peuvent en découler. Une étude concertée de la périnatalité a prouvé que les bébés nés de mères âgées de moins de 15 ans avaient de deux à quatre fois plus de chance d'être anormaux au point de vue neurologique que ceux nés de femmes âgées de 20 à 24 ans.

Les besoins de ces adolescentes exigent une coordination de compétences et des services de différents professionnels, y compris les infirmières. L'expérience a prouvé qu'une coordination des services diminue les risques chez l'adolescente enceinte. La prévention de ce problème repose sur l'éducation des parents, des enfants et des professionnels, dans les domaines de la vie familiale et de la sexualité.

## Manies

Le marché de la santé a attiré l'entrepreneur, si bien qu'on est inondé des sollicitations les plus diverses, invité à essayer ce qu'il y a de plus nouveau pour perdre du poids, en fait d'aliments naturels, d'appareils de conditionnement physique, etc. Ces entreprises commerciales semblent connaître un succès égal, voire supérieur, à celui des campagnes contre l'usage du tabac, organisées par les professionnels de la santé. Il serait peut-être bon que les éducateurs sanitaires s'arrêtent aux techniques de publicité de ces entrepreneurs.

## Information

Le Conseil économique parlant des actions à mener pour influencer le consommateur de soins de santé, propose que les bureaux officiels compétents lui adressent annuellement un état de ses frais médicaux ou d'hospitalisation. Dans le cas des fumeurs, on pourrait ajouter à cet état quelques données particulières relatives aux conséquences économiques de leur habitude. (Voir à ce sujet les tableaux 2 et 3). Le Conseil entend par là sensibiliser le consommateur au fait que si les services de santé sont assurés, ils ne sont en aucune manière "gratuits". Il importe de retenir ce point pour peu qu'on veuille que le consommateur utilise ces services convenablement et en connaissance de cause.

***Le mémoire, dans sa totalité, exige que tous les gouvernements y regardent de très près et je recommande que son étude soit faite sérieusement et d'une manière objective.***

## Le Cancer des poumons

La déclaration suivante, lue en ayant le tableau 22 sous les yeux, ne manque pas de signification.

"En ce qui concerne le nombre des admissions dans les hôpitaux de malades souffrant du cancer des poumons, les données les plus récentes indiquent que 17,600 malades, atteints de néoplasme cancéreux de la trachée, des bronches et des poumons (ICDA 162), sortirent de l'hôpital en 1976. De ce nombre, 13,931 appartenaient au sexe masculin et 3,669 au sexe féminin. Pour le ICDA, il n'y pas de différence entre la malignité des bronches et celle des poumons. Cette information provient de Statistics Canada, 82-206 Hospital Morbidity 1976 et 82-206 Cancer in Canada 1976.



Bien que les programmes de soins prénatals ou périnataux présentent des avantages manifestes, deux questions se posent compte tenu du régime actuel d'assurance médicale: comment doit-on prendre contact avec le système? et quels sont, parmi les professionnels de la santé, les plus aptes à fournir ce service? Il importe, avant d'y répondre, d'envisager la possibilité d'utiliser l'infirmière comme sage-femme.

Il y aurait intérêt à préparer un plus grand nombre d'infirmières à jouer ce rôle dans les cas de grossesses saines et normales, en prévoyant les appuis et les recours appropriés. Malheureusement, l'état actuel de la législation et les limites traditionnelles de la pratique rendent la chose impossible dans les villes. Il reste que des infirmières qui ont déjà travaillé dans des régions isolées laissent entendre que dans des conditions comparables, où l'ensemble des soins est fourni par des infirmières préparées à cette fin (infirmières sages-femmes), les statistiques de mortalité ou de morbidité maternelle ou infantile confirment une situation aussi satisfaisante, voire plus satisfaisante, que dans les milieux desservis par des médecins.

En Colombie Britannique, l'obstétricienne intervient dans environ 40 p. 100 des accouchements, laissant au généraliste environ treize naissances par année. Ainsi que le notait le Comité de travail de l'Association des infirmières autorisées de cette province, ces chiffres ont suscité certains doutes quant à la qualité constante des soins. L'Association médicale de la Colombie Britannique a reconnu qu'il y a place là-bas pour l'infirmière sage-femme, mais non pour la sage-femme non-infirmière ni pour l'accouchement à domicile dans les circonstances actuelles.

Il ne saurait être question de favoriser en principe et en pratique le recours à l'infirmière sage-femme sans en considérer les coûts. Comme cette profession ne peut être pratiquée au Canada à l'heure actuelle, on doit se contenter de chiffres estimatifs ou d'extrapolations. Il reste que le Comité de travail de l'Association médicale de la Colombie Britannique estimait à \$471,50 le coût d'une grossesse normale en 1979 (ce qui comprenait les honoraires du généraliste et le temps de l'infirmière de santé communautaire). Extrapolé, ce chiffre passait d'ici deux ans à \$627,65. On a estimé par ailleurs que l'infirmière sage-femme, outre qu'elle assurerait des soins continus, pourrait prendre en charge la grossesse normale au coût total de \$240, plus les frais d'administration.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada convient avec le BCMA qu'il ne saurait actuellement être question de favoriser les accouchements à domicile sans mettre auparavant en place toute une infrastructure de personnel bien formé, d'équipements perfectionnés et de moyens de transports efficaces pour venir en aide à la mère en cas de complications subites. Il reste que les infirmières ont pris l'initiative de certaines améliorations de la situation. On leur doit diverses modifications du milieu hospitalier de façon à le rapprocher du décor familial, et elles travaillent présentement à mettre en place dans la collectivité de nouveaux systèmes d'appoint.

### Immunisation et épидémies

Ce sont les raisons qui expliquent les campagnes menées par l'Association canadienne de la santé publique pour inciter les gouvernements fédéral et provinciaux à stimuler les programmes d'immunisation et à leur prêter leur concours et de veiller à la formation d'un personnel infirmier responsable de l'immunisation des voyageurs.

On peut aussi prévenir un autre genre "d'épidémie", celle de la grossesse chez les adolescentes. En 1976, des femmes âgées de 15 à 19 ans donnèrent naissance à 37,402 naissances vivantes. (Voir tableau 1). Sept cents adolescentes de moins de 15 ans eurent recours à l'avortement et 353 menèrent leur grossesse à terme.

Les plus sérieux facteurs qui conduisent à la grossesse chez les adolescentes forment un tableau lugubre qui comprend les chances d'éducation ratées, une vie familiale instable, la rareté des chances d'obtenir un emploi et l'assujettissement à l'assistance sociale. Un autre sujet de préoccupation

D'autres études sur les soins extra-hospitaliers aux personnes âgées ont mis en lumière des rôles clés qu'on peut confier aux infirmières en ce qui concerne la prestation et la coordination des soins essentiels, la prévention, le maintien de la santé et l'éducation en la matière.

L'hospitalisation des personnes âgées ou des malades chroniques paraît indiquée chaque fois que les besoins médicaux ou matériels sont tels qu'on ne saurait assurer les services requis pendant moins de 24 heures sur 24. Il reste que le tiers des malades placés en foyers pour convalescents le sont à tort et qu'on peut attribuer l'aggravation de leur état à l'institutionnalisation ou à un séjour trop prolongé au lit. Ajoutons que les soins en établissement coûtent plus cher que les soins à domicile et qu'ils sont moins indiqués du point de vue du malade.

Pour Hammond, où les soins à domicile suffisent, ils sont en général plus souhaitables et moins coûteux. C'est leur rentabilité même qui explique que certaines provinces les aient introduits. Il est certain que le présent Examen des services de santé doit envisager ces solutions possibles, mais l'A.I.L.C. n'en estime pas moins que les soins à domicile, les soins aux personnes âgées et les soins aux malades chroniques doivent être considérés comme divers éléments du grand tout que constituent les soins de santé, du processus tout entier "santé-maladie-retour à la santé". Il serait temps de retenir cette approche globale.

Malgré la baisse considérable des taux de mortalité maternelle et infantile depuis quelques années, le progrès en ce sens reste toujours possible, notamment chez les autochtones et les économiques-ment faibles. On reconnaît généralement que les soins prénatals au moment approprié et l'identification précoce de certains problèmes aigus liés à la grossesse constituent les meilleurs moyens de diminuer encore la mortalité infantile. Quant aux groupes les plus menacés, ils seront définis en fonction, notamment, de la situation économique, de l'éducation sanitaire, des attitudes et de la facilité d'accès aux soins.

Bien qu'on manque de données sûres en ce qui concerne la morbidité infantile, on peut affirmer qu'elle coûte plus cher, tant en souffrance humaine qu'en argent, que la mortalité elle-même.

Pour un enfant qui meurt à la naissance, deux ou trois survivent, mais dans un état plus ou moins malheureux. On a estimé que certaines infirmités, déficience mentale par exemple, paralyse cérébrale, malformations physiques, cécité, surdité ou désordres émotifs graves touchent environ un enfant sur dix, soit un million d'enfants au Canada.

Il naît dans notre pays environ 330,000 bébés par année, dont 25,000 ne font pas le poids normal et 33,000 sont exposés à une infirmité quelconque. On estime qu'il serait possible de prévenir au moins la moitié de ces infirmités, ou d'en réduire considérablement le risque, par l'amélioration des soins prénatals ou périnatals.

On a calculé que ces handicaps coûtent entre \$275,000 et \$500,000 en traitements ou en services de garde pour la vie entière d'un malade souffrant depuis sa naissance de lésions graves au cerveau (dollars de 1971).

C'est parce que la prévention apparaissait pleine de promesses, ainsi que l'avait souligné notamment l'Institut canadien de la santé infantile, qu'a été formée en 1978 la Coalition pour la prévention des infirmités. Treize organismes nationaux, dont notre Association, conscientes de l'importance de réduire ces risques, ont mis leurs ressources en commun à cette fin.

Les infirmières insistent depuis longtemps sur l'importance de rejoindre les plus menacés dans le secteur maternel et infantile. Elles ont fait avec succès l'expérience de nombreux programmes qui ont montré que l'infirmière pouvait prendre sur elle de détecter et d'anticiper les secteurs à risque élevé, et de rejoindre les personnes qui ont besoin d'être prises en charge dans des programmes d'éducation ou, éventuellement, d'être dirigées vers un autre service ou travailleur de la santé.

Nous savons quels obstacles financiers s'opposent à l'extension du rôle de l'infirmière en tant qu'agent de soins primaires, à l'intérieur des structures actuelles, mais combien plus infranchissables sont les obstacles à la création d'une nouvelle source de soins de santé, d'un nouveau point d'accès. Ce pas considérable a pourtant été franchi, en 1977-1979, avec la création d'un "atelier de la santé", dans la périphérie de Montréal, où on ne retrouvait que des infirmières et qui fonctionnait sous l'égide de l'École de sciences infirmières de l'Université McGill. Cette unité d'un caractère nouveau présentait un certain nombre d'originalités:

(1) Elle complétait les services classiques actuels;

(2) Le point de premier contact y était l'infirmière, non le médecin;

(3) Elle était mise à l'essai dans une région où il y avait des médecins (plutôt que dans une région isolée, manquant de médecins).

Les conclusions de l'étude n'ont pas toutes été tirées, mais il semble acquis que l'infirmière était parfaitement apte à jouer ce nouveau rôle, bien accueilli du reste, dans sa conception et son exécution, par les membres de la collectivité. Le client voulait être aidé concernant des "problèmes de santé", et non des problèmes médicaux. On a fini par reconnaître que c'est à l'atelier qu'il fallait se présenter pour être conseillé et secouru à cet égard. Ce nouveau service répondait à un besoin, car il représentait un recours pour ceux qui ne voulaient pas voir le médecin; ce genre de contact ne répondant pas à leurs besoins. Au début, le centre recevait surtout des femmes et des enfants, mais après deux ans, le quart des visites environ étaient faites par des hommes. Le centre était en contact avec environ 10 p. 100 de la population, résultat jugé positif.

Malheureusement, ce sont les programmes de ce genre, ou d'autres d'une égale originalité, qui sont les premiers sacrifiés lorsqu'on parle de réduire les crédits à la recherche. Dans ces circonstances, l'argent est d'ailleurs réservé aux secteurs traditionnels (à la recherche médicale ou hospitalière). Or ceux qui ont examiné la question des soins infirmiers ont fortement recommandé que ce domaine soit subventionné plus généreusement.

Un programme général qui tiendrait compte de ces nouveaux modes d'organisation et d'une nouvelle répartition des fonctions entre les divers personnels médicaux et paramédicaux garantirait de meilleurs soins de santé à la disposition de tous les Canadiens. Même si les services moins dispenseux des professionnels non-médecins, les programmes de prévention, les centres de convalescence, les centres de santé communautaire, les établissements pour malades chroniques et, d'une façon générale, les nouveaux points d'accès pourront, pris absolument, ne pas revenir, au départ, plus chers que le système actuel, ils seront sans doute plus efficaces et plus complets à long terme et permettront d'atteindre les objectifs proposés par la Commission royale de 1964.

Les infirmières ont déjà montré, par la recherche, comment les interventions propres à leur domaine pouvaient aider les personnes âgées à rester le plus autonome possible, ce qui permet de réduire la nécessité de services plus étendus et plus coûteux. Une étude menée en 1972, par exemple, a révélé que les personnes du troisième âge logeant dans un immeuble doté d'un service infirmier de santé publique avaient meilleur moral, étaient plus mobiles et moins souvent hospitalisées qu'un groupe correspondant de locataires d'un immeuble où l'accès direct à des soins infirmiers de ce genre était impossible. C'est là la preuve que l'état de santé des personnes âgées peut être amélioré par l'existence d'un système de soins qui ne fait appel ni au médecin ni à l'hôpital.

D'autres projets ont permis de constater des améliorations semblables si l'infirmière intervient comme agent de soins primaires. À Détroit, par exemple, un projet avait pour objet des rencontres d'éducation sanitaire dirigées par l'infirmière, le counselling, la coordination d'activités, des arrangements en vue d'examen physiques au besoin, et, éventuellement, la recommandation au client de se présenter à l'hôpital ou de consulter son médecin. Ce programme a été jugé parfaitement satisfaisant.



comme point d'accès au système de santé, encore que l'intéressé veuille souvent consulter quelqu'un d'autre avant, comme il dit, de "déranger le médecin".

Comme Wolfe et Badgley l'ont signalé:

"la meilleure partie du dollar consacré aux soins de santé va à l'utilisation onéreuse du personnel et des moyens matériels. Quant aux solutions de rechange, aussi efficaces et éventuellement moins chères, on se contente à leur égard de vaines louanges, on s'y oppose, on ne veut y voir que des expériences sans doute intéressantes, mais néanmoins exceptionnelles."

Le milieu de travail est un des endroits où l'infirmière peut le mieux servir de "premier point de contact". En voici un exemple, celui de la succursale principale d'un grand bureau de poste métropolitain, où, dit-on, deux infirmières du travail font rentrer l'administration dans ses frais en deux jours par mois, pas d'avantagage, simplement en réduisant le temps perdu par les postiers. Leur programme vise à inculquer aux employés de bonnes habitudes de santé et à réduire au minimum les risques professionnels. Ces infirmières ont un effet positif sur ce qu'on a appelé la "créativité négative" dans laquelle sombrent les postiers ennuyés par le caractère routinier de leur travail.

Là où peut prévenir les accidents ou rendre moins sérieuses les blessures, en dispensant sur-le-champ les soins d'urgence nécessaires, on réalise une économie directe au titre du système public de distribution des soins de santé. On a réussi des économies très sensibles à l'usine de l'*Electrical Reduction Company*, à Long Harbour (Terre-Neuve), où tous les employés ont reçu la formation nécessaire pour fournir les soins d'urgence, formation axée sur la sécurité au travail. Depuis la mise sur pied du programme, en 1975, on a pu réduire de 84 p. 100 le coût des accidents. On attribue la moitié de cette réduction à la formation pour les soins d'urgence et l'autre moitié à d'autres aspects du programme de sécurité. Il y a eu chute extraordinaire du nombre d'accidents depuis qu'a pris fin la formation, et le nombre n'a pas augmenté depuis.

L'ALLC tient particulièrement à ce que soient aménagés de nouveaux points d'accès, notamment au bénéfice de certains éléments nombreux de la population, les personnes âgées par exemple, grâce à quoi on évitera le recours à des services de santé plus complets et plus dispendieux. Les soins aux personnes âgées constituent l'une des questions les plus urgentes et les plus graves à l'heure actuelle. Somers réclame un appui plus marqué de la collectivité envers le troisième âge et un intérêt plus grand pour la gériatrie de la part des professionnels de la santé. Parmi les avantages de soins de jour par rapport aux soins en établissement pour les personnes âgées, on peut parler d'économies, d'améliorations de l'état du patient et d'une meilleure qualité de vie en général. On trouvera dans le prochain chapitre des exemples des possibilités de participation de l'infirmière.

À côté des soins aux personnes âgées, il y a les soins aux malades chroniques, qui constituent une partie importante, de plus en plus importante même, de la population. Il serait avantageux, du point de vue économique, de fournir ces soins dans des services de soins de longue durée, si on pouvait en charger des infirmières aptes à accomplir des actes et à jouer le rôle de "conseiller" dans des secteurs infirmières, en collaboration avec un médecin, ont pu assurer autant de soins de qualité que quatre médecins, et à meilleur marché.

Il faut aussi des centres où les malades chroniques puissent se faire soigner ou examiner périodiquement, sans rendez-vous. Comme nous le disions plus tôt, il est possible de mettre en place des services de ce genre dans les endroits les plus divers: centres communautaires dirigés par les services de santé publique actuels, cabinets de pratique familiale où l'infirmière serait rémunérée par l'assurance et non par le médecin; consultations annuelles des services externes des hôpitaux; consultation de dépannage "dans la rue" où le patient peut se présenter pour se renseigner, se faire conseiller, recevoir un traitement mineur ou être dirigé vers d'autres services.

judiciaires des soins à domicile, bien surveillés les soins en polycliniques où médecins et autres professionnels de la santé travailleraient en équipe, les centres de santé communautaire et les soins infirmiers à domicile.

Les infirmières ont montré dans maintes études les façons tangibles dont elles pouvaient favoriser l'hospitalisation "indiquée". Citons les études sur l'enseignement pré-opératoire du patient, le counseling familial et génétique, et l'enseignement collectif des mesures préventives.

Un récent ouvrage d'Andrew Allentuck montre bien que le mode actuel de rémunération du médecin débouche souvent sur une certaine confusion entre les besoins du médecin et ceux du malade. D'autres rapports expliquent comment des personnes ont dû recevoir des soins médicaux ou hospitaliers, même s'ils n'étaient pas requis. D'autres études encore montrent que là où il y a trop de chirurgiens ou de gynécologues, le nombre d'interventions chirurgicales augmente souvent d'une façon disproportionnée par rapport aux besoins moyens d'interventions de ce genre.

Malheureusement, on doit reconnaître que les coûts directs de main-d'œuvre et d'hospitalisation ne sont pas les seuls coûts du système actuel. Ils se répercutent sur les coûts de formation et de perfectionnement et font obstacle à la mise en place de services de recharge.

Eli Ginzberg, qui a étudié la question des objectifs de santé, des centres de décisions et des mécanismes décisionnels, a conclu que le progrès des réformes sanitaires doit reposer sur une évolution des rapports de forces pour permettre une meilleure répartition des ressources et de nouveaux types d'institutions.

## 2. L'infirmière et les nouveaux points d'accès

L'autre grand problème est celui de la rareté des "points d'accès" au système de santé actuel sans avoir à passer par le médecin.

Pour bien des autorités, ce système, courant en Amérique du Nord, n'est guère rentable, financièrement parlant. H. Mahler, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, écrivait en 1975 dans *The Lancet* qu'au lieu de devoir s'adresser en premier lieu au médecin, on ne devrait recourir à lui qu'en dernière instance. Il proposait de modifier le rôle des autres travailleurs de la santé, surtout en ce qui concerne le premier point de contact.

"Ce que je propose -- et cela vaut autant pour les pays industrialisés que pour les pays en voie de développement -- c'est que l'*Establishment* de la santé cherche vraiment à décrire tous les problèmes de santé et les solutions de recharge permettant de s'y attaquer de manière objective, puis, qu'il accepte un processus décisionnel national fondé sur ces faits."

Dans un rapport publié en 1978, le Conseil économique du Canada examinait les frais engagés dans la santé au Canada et l'impact de l'évolution démographique sur l'avenir des programmes publics d'assurance santé. Lui aussi a prôné le besoin d'améliorer l'accessibilité des services de santé pour une plus grande efficacité du système.

Règle générale, le Canadien qui désire prendre contact avec un élément quelconque du système de santé public doit se juger suffisamment malade pour voir un médecin. Ainsi, par exemple, celui qu'inquiète un excès de poids devra consulter un médecin qui pourra juger qu'à ce stade il n'a pas besoin de "cure" véritable. Plus tard, l'obésité ayant augmenté au point d'aggraver les troubles cardiaques du patient, le médecin s'intéressera à traiter son obésité. Des personnes qui ont plus besoin de conseils que de traitement auront à s'adresser à des cliniques privées pour lutter contre des problèmes d'obésité, d'alcoolisme et de toxicomanie.

Nous en venons ici à la question du point de premier contact pour celui qui croit avoir un problème de santé ou une maladie, sans en être absolument sûr. A l'heure actuelle, le médecin est considéré



communautaire, utilisation plus généralisée d'infirmières spécialisées dans les hôpitaux pour certains enseignements particuliers, utilisation d'infirmières de chevet pour l'application de certains programmes complémentaires à domicile et, enfin, meilleure coordination et intervention des infirmières en milieu familial.

Certaines études confirment l'hypothèse selon laquelle l'utilisation des infirmières pour les soins primaires a des effets bénéfiques sur l'accès aux soins, leur coût et leur qualité. On signale, dans la plupart des cas, que l'infirmière est parfaitement acceptée dans ce rôle, une fois qu'on a reçu ses services. C'est ce que confirme une étude des attitudes, des préférences et du comportement du consommateur.

- Une étude faite en milieu rural, à Terre-Neuve, a permis de constater une diminution de 5 p. 100 des soins actifs à l'hôpital et une augmentation de 39 p. 100 des mêmes soins dans une population témoin traitée de façon classique par l'action du médecin. En outre, le coût annuel, pour mille habitants, était sensiblement inférieur pour la population témoin au cours de la période de référence (\$85,690 contre \$112,730). L'augmentation du coût de la visite pour les soins primaires (de 5 p. 100 supérieur dans le cas du groupe expérimental) s'expliquait par des visites plus nombreuses et plus longues et des déplacements plus longs. Ce dernier effet a cependant été contrebalancé par une baisse des coûts totaux d'hospitalisation, du fait du nombre moins considérable de séjours à l'hôpital (soins actifs) ou de leur durée plus réduite.

- Une autre étude, menée par les Infirmières de l'Ordre de Victoria, consistait à joindre une infirmière à une équipe de cinq médecins de famille. On en a conclu qu'en général le malade préférerait avoir recours à l'infirmière pour bon nombre de prestations sanitaires et que cette préférence augmentait avec la quantité de soins dispensés, qu'il était possible de raccourcir les séjours à l'hôpital, notamment dans le cas d'interventions chirurgicales ou de désordres psychiatriques, du fait d'une planification de la sorte et de suivis possibles; et qu'on pouvait réduire le nombre d'admissions de malades incurables ou de mourants si la famille le désirait.

- Dans une autre étude canadienne, "projet Beaverton", le territoire desservi avait une superficie de quelque 75 miles carrés et une forte partie de la population (26 p. 100) avait plus de 65 ans. On cherchait notamment à démontrer qu'une infirmière praticienne qualifiée pouvait jouer le rôle de co-praticienne se chargeant au premier chef d'une bonne partie du travail du cabinet, de sorte que le médecin puisse consacrer plus de temps aux problèmes médicaux compliqués de ses malades. Jouissant d'une grande autonomie quant à la prise de décision, l'infirmière praticienne assurait les soins aux malades chroniques, travailait des incidents ou des cas épisodiques, surveillait les soins aux malades chirurgiques, intervenait dans la promotion de la santé. L'étude a permis de conclure à une diminution de la nécessité des soins en milieu hospitalier ou dans d'autres établissements du fait des visites à domicile par l'infirmière, qui était en outre apte à reconnaître le début de problèmes sanitaires qui, négligés, auraient pu risquer de s'aggraver et de conduire finalement à d'autres dépenses de santé.

- Une autre expérience menée par l'école de sciences infirmières de l'Université McGill, qui consistait à comparer les divers types de soins infirmiers employés dans trois pratiques familiales, a montré que l'utilisateur avait avantage à recourir aux services où l'infirmière s'occupe au premier chef des questions de santé.

Agent de soins primaires, l'infirmière peut utilement contribuer à faire comprendre le rôle indispensable de l'hôpital pour le traitement des maladies aiguës en favorisant son utilisation rationnelle. Il est logique de réserver les soins actifs aux malades qui exigent la mise en oeuvre d'appareils compliqués ou une surveillance constante de la part d'un personnel hautement spécialisé. Mais on pourrait servir plus facilement de consultations extérieures pour le diagnostic et le traitement, l'utilisation

## Les Cliniques de Santé Communautaires

Le concept d'après lequel "tous reçoivent un salaire" a naturellement un domaine spécial où il peut s'appliquer, à savoir le Centre de santé communautaire. Une fois mis en pratique, le concept du Centre communautaire de santé peut indiquer la réorientation de notre système de maladies vers un régime de soins de santé. De nombreuses enquêtes officielles, comme les Etudes Hastings et Mustard, ont recommandé l'idée du Centre de santé communautaire. Durant l'enquête, j'ai visité la clinique communautaire de Prince Albert et je fus impressionné par l'étendue et la qualité des soins, par la gamme de services prodigués par des médecins salariés et par d'autres employés dans les services comme les infirmières et tous travaillaient en groupe. La demande faite par l'Association canadienne des infirmières pour l'implantation de telles unités coopératives médicales, au sein desquelles les infirmières joueraient un rôle important, vaut la peine d'être étudiée et appuyée.

Le concept de la clinique communautaire doit être profondément enraciné dans la société et doit recevoir l'appui de toute la population. Tout ce que les gouvernements peuvent faire est créer des circonstances favorables et aider au financement par des octrois ou des prêts. Là où on le désire les cliniques de santé communautaires peuvent, et devraient, coexister avec le médecin autonome qui suit le système du paiement des honoraires, sans aller jusqu'à la disparition de ce dernier. Dans le système de services de santé il y a de la place pour les deux. Le désir de la majorité des Canadiens d'avoir "leur propre docteur" est fort.

## Une Approche Infirmière aux Soins de Santé

Il est approprié de citer quelques extraits du mémoire soumis par l'Association canadienne des infirmières. Ce mémoire fut présenté au nom des 126,000 infirmières diplômées du Canada. Je cite:

### 1. L'infirmière, agent de soins primaires

Depuis l'origine de l'assurance médicale, il a souvent été payant pour le médecin de s'occuper de travaux qui, jusque-là, revenaient à d'autres professionnels de la santé, infirmières ou autres, capables de les fournir plus efficacement et à meilleur marché. Nous songeons ici aux interventions ressortissant normalement à l'infirmière, aux traitements bénins, aux immunisations courantes, aux consultations conjugales, dont se charge le médecin. Les infirmières peuvent citer des cas où le médecin conseille au malade de se présenter à son cabinet pour faire refaire son pansement, alors qu'une infirmière de service de santé communautaire pourrait y voir au domicile même du malade, tout en apprenant à celui-ci et à sa famille comment s'y prendre.

Nous sommes ici en présence de ce que nous pourrions appeler, *a contrario*, le syndrome de Cendrillon. Dès qu'elle se présente à l'équipe de nuit, "Cendrillon-infirmière" est jugée apte à s'occuper de tâches qu'elle ne serait pas autorisée à exécuter à l'arrivée de l'équipe de jour et du médecin. On retrouve ce syndrome dans toutes les équipes, dans le Nord.

Jusqu'à ce que les pouvoirs publics reconnaissent la nécessité et la capacité des infirmières — et aussi des autres professionnels de la santé — on ne saura éviter ce gaspillage de ressources humaines.

L'infirmière justifiant d'une préparation au niveau du baccalauréat est aussi apte que disposée à créer des services complets de soins primaires, à l'échelle communautaire, visant à aider la population à atteindre et à conserver un bon état de santé.

Or les systèmes actuels de paiement n'assurent aucun service de ce genre, bien qu'on puisse les proposer de bien des manières: services de consultation "dans la rue", utilisation d'infirmières praticiennes dans les cliniques médicales, augmentation des services et des programmes de santé publique, recours à des infirmières ou à d'autres professionnels de la santé dans des centres de santé

## CHAPITRE 7

### Propositions au Sujet de Nursing

L'un des mémoires les plus impressionnants qui me furent présentés vint de l'Association Canadienne des infirmières. Bien agencé et soigneusement documenté il était positif et allait de l'avant. Tandis que les conditions de mon mandat étaient assez flexibles pour englober toutes les questions et idées présentées, il m'a été impossible d'accorder le temps nécessaire à l'analyse complète de tout le mémoire. Je vais tirer de nombreuses citations du document et je demanderai aux autorités officielles de la santé d'en faire une étude complète. Je puis dire qu'en général je suis d'accord avec le ton et l'orientation des propositions faites par les infirmières. D'après ce que j'ai entendu durant les audiences et d'après le contenu d'autres brefs la forte demande d'une plus grande utilisation des services des infirmières et des techniques du nursing est amplement justifiée.

### Le concept de "Tous sur salaire"

Parmi les nombreuses recommandations se trouvait celle qui proposait "que la rémunération de tout le personnel sanitaire soit assurée par salaire."

### On lit dans le mémoire:

"Ce mémoire met en évidence la façon dont le système du paiement des honoraires de médecins, allié à leur rôle de gardiens aux portes du système, ne peut qu'augmenter l'utilisation de services coûteux des soins intensifs, que cela soit nécessaire ou non."

Nous avons ici une recommandation qui demande une étude approfondie. Il existe un grand nombre de médecins salariés surtout dans la fonction publique, dans les hôpitaux éducatifs et dans les collèges médicaux. Il y en a bien d'autres qui touchent un salaire dans les cliniques communautaires et quelques-uns dans les cliniques médicales. Tous ces médecins sont là où ils sont de leur propre gré.

En proposant la Charte de santé pour les Canadiens, la Commission royale d'enquête sur les services de santé déclara que les programmes de soins devaient... "être basés... sur des professions libres et autonomes" et donna aux "professions libres et indépendantes" la définition suivante: "le droit aux membres des professions sanitaires de pratiquer dans le cadre de la loi, de choisir librement le lieu et le mode de leur exercice et de régir eux-mêmes leur profession" Vol. 1, p. 12 et à la page 11 du Volume II on lit:

"L'aspect le plus fondamental des régimes recommandés, c'est qu'ils se fondent sur des professions libres, indépendantes et autonomes. L'administration et le paiement des services doivent résulter d'une liaison contractuelle établie à l'amiable et fondée sur le concept des honoraires."

Je me sens incapable d'appuyer ce concept d'après lequel "tous reçoivent un salaire." Je comprends et j'apprécie les raisonnements qui sont à la base de ce concept. Les infirmières veulent améliorer le système et non nuire à la réputation des médecins et déclarent que "le système actuel de paiement des honoraires est déprimant au médecin au point de vue financier car s'il embauchait un autre professionnel de la santé pour faire une partie de son travail, le montant de ses revenus se trouverait diminué de la somme qu'il aurait demandé pour les services dispensés par son collègue. Il doit en outre déduire de ses gains (diminué) le salaire du nouvel agent" et l'on "met en doute le contrôle puissant exercé par les médecins, mais il est incontestable que les médecins doivent être payés, et bien payés, pour les services qu'ils rendent dans leur spécialité."



En considérant nos politiques sanitaires antérieures (et les dépenses qui y sont associées) il apparaît que durant les deux dernières décennies les Canadiens se sont concentrés sur la catégorie moyenne "curative" ou "traitement". Le succès rencontré dans ce domaine, comme on l'a vu précédemment, indique que ce secteur doit rester maintenant à un stade fixe par rapport à la croissance de la population et au changement démographique et que l'on consacre de nouveaux fonds à la Prévention et à la Promotion d'un côté et de l'autre aux services d'aide fonctionnelle en insistant davantage sur les services non donnés dans les institutions.

Il n'y a pas de nom ou de définition qui soit accepté dans tout le pays pour désigner la gamme des services prodigués en dehors des salles d'hôpitaux et des cabinets des docteurs. On désigne quelques-uns de ces services sous différents noms comme soins ambulatoires, soins à court terme, soins à domicile, soins communautaires de santé mentale, soins aux malades non hospitalisés. Tous ces services sont maintenant groupés sous l'appellation Soins de *santé communautaire*.

Les frontières externes de la santé communautaire ne sont pas encore bien définies. Dans quelques provinces canadiennes sa définition est bien plus flexible que dans d'autres; elle peut englober l'éducation sanitaire pour les groupes qui présentent des risques (comme les personnes âgées qui vivent dans les établissements locaux) ou l'aide aux personnes qui requièrent plus que l'assistance médicale en même temps que le traitement de la maladie. Il ne s'agit pas uniquement ici d'une question d'organisation mais d'idéologie. Jusqu'à quel point faut-il insister sur la prévention opposée à la guérison et aux soins, dans quelle mesure faut-il aider "les invalides, les enquêtes mécontentes" opposés aux "malades". Les provinces ne sont pas d'accord. Toutes les enquêtes d'importance au Canada ont souligné les concepts de soins de santé communautaire depuis le milieu des années cinquante lorsque l'Ontario, dans un mémoire présenté à Ottawa, fit remarquer le besoin pressant d'inclure les soins à domicile comme un service dont les frais pouvaient être partagés. Ce point et d'autres propositions de soins de santé communautaires furent remis en évidence par le Rapport Hastings, par le Rapport Mustard et par le comité spécial qui enquéta sur le coût des soins de santé en 1969.

Les réponses à ces propositions solidement étayées ont été décousues, sporadiques, souvent désordonnées et adoptées d'un façon inégale parmi les différentes provinces. Il est temps que le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires se mettent d'accord pour organiser un programme bien coordonné qui engloberait tous les éléments des soins de santé communautaires.

La partie du FPE qui comprend les services de soins de santé prolongés devait aider les provinces à développer et à supporter une variété de services de soins de santé. On devrait s'en servir.

objectif. Il s'agit évidemment d'un nouvel aspect de la politique sociale de la santé; nous ne suggérons pas la création de nouveaux services immédiats, mais nous voulons que soit acceptée, reconnu, popularisée et facilitée, par des moyens appropriés, le travail de milliers de groupes d'assistance individuelle déjà mis en place dans tout le pays par des personnes intéressées."

### Que sont les groupes d'assistance individuelle?

Les groupes d'assistance individuelle sont nombreux. Beaucoup d'entre eux sont anonymes et suivent en cela les principes des Alcooliques anonymes. Il existe d'autres groupes pour ceux qui ont des penchants divers mais ceux qui s'occupent de maladies, de conditions chroniques ou de traumatisme chirurgical, tels que Mended Hearts, Stroke Club, United Ostomy Association, Weight Watchers, etc. opèrent spécifiquement dans le domaine de la santé.

En dehors de ces groupes bien connus, il existe en outre des centaines de petits groupes d'aide mutuelle personnelle qui se sont formés pour promouvoir une assistance mutuelle destinée à satisfaire un besoin commun de personne à personne. Un groupe remarquable de ce genre est celui qui opère de l'hôpital pour enfants St. Justin à Montréal et qui est composé de parents dont les enfants souffrent de leucémie. Assurant eux-mêmes le financement du groupe, ces parents, travail-leurs bénévoles, exécutent une oeuvre vivifiante non seulement pour les enfants malades, mais pour eux-mêmes en tant que parents. Ce genre d'aide individuelle s'est développé d'abord au Québec que dans les autres provinces mais il se développe dans plusieurs régions. Zelda Harris, agent sanitaire de l'École de l'oeuvre sociale de l'Université McGill se dévoue corps et âme dans ce domaine.

### La clinique du Mont Carmel

Un autre genre d'institution qui existe pour venir en aide aux particuliers est la clinique du Mont Carmel à Winnipeg dont la directrice est Madame Anne G. Ross, infirmière diplômée. Le travail accompli par cette clinique doit être une source d'inspiration pour les autres. L'allocation de Madame Ross à l'audience de Winnipeg fut une expérience édifiante.

### 3. Les soins de santé communautaires

Quoique cette enquête ait mis l'accent, au début, et c'est normal, sur les deux grands programmes de l'assurance-hospitalisation et des soins médicaux, un grand nombre d'articles présentes et des entrevues réalisées avec des autorités provinciales de la santé élargissent rapidement le champ des discussions, ce qui était conforme aux conditions flexibles du mandat de l'Examen.

Ce qui est remarquable, et les preuves ne manquent pas à cet effet, c'est que les Canadiens ont déjà des idées avancées sur la nature et le développement de la politique sociale à suivre dans le domaine de la santé quoiqu'un grand nombre d'entre eux regardent furtivement vers l'avenir dans le rétroviseur, pour employer une expression de McLuhan.

Le livre "Nouvelles perspectives de la santé" suscita de nouveaux concepts dans la plupart des gouvernements provinciaux, sinon dans tous, et joua un grand rôle sur les visées et les principes directeurs d'un bon nombre d'associations de fournisseurs et de consommateurs, comme le provient les mémoires présentés à l'Examen des services de santé.

En plus de l'expansion des associations bénévoles existantes répondant aux exigences de la personne et de la création de nouvelles associations, il y eut une expansion, et dans certaines provinces, une véritable prolifération de nouveaux programmes.



«Récemment le Docteur Ronald Cape, professeur de médecine gériatrique à l'Université de Western Ontario a ajouté une nouvelle dimension au déclin de l'activité intellectuelle, la mortice et neuro-régulatrice de la personne qui vieillit. Il s'agit de désordres iatrogéniques. Il rapporta qu'une enquête faite en Australie avait démontré qu'au moins 20 pour cent des admissions de malades psychogériatriques étaient brusquées par l'emploi de médicaments. The Medical Post rapporte aussi cette déclaration récente du professeur J. Williams d'Edinburgh: "Au Royaume-Uni on fait entrer à l'hôpital plus d'un milliard sur 10 à cause des réactions défavorables aux médicaments." -----

"En terminant, je me permets de citer Lazarov: "Pour les personnes âgées, la vieillesse c'est l'hiver; pour les personnes avisées c'est une période de moisson."

Toutes les citations qui précèdent reflètent le contenu d'un bon nombre d'articles qui me furent soumis et qui traitaient de la médecine de réadaptation, du soin et du logement de malades sortis de hôpitaux à court séjour mais incapables de se soigner eux-mêmes à cause de l'âge, de la pauvreté, de l'absence de la famille ou d'une invalidité chronique persistante.

L'on fait des efforts presque héroïques au Canada pour subvenir aux besoins de ces personnes mais quelques-uns seulement de ces efforts sont dirigés vers ce qu'on appelle les services assurés. Ces services sont aussi essentiels que les autres et devraient être compris dans la catégorie des services assurés et financés en conséquence.

## L'Assistance individuelle, l'aide mutuelle et la santé

Le document sur les objectifs à atteindre intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* contenait ce message essentiel qui voulait que le mode de vie (dans le comportement) des Canadiens et l'environnement (physique et social) avaient eu et continueraient à avoir une influence importante sur notre santé. Même lorsque l'organisation des soins de santé fait les ajustements nécessaires, il n'en reste pas moins vrai que les améliorations sanitaires envisagées proviennent surtout de modifications dans le genre de vie et l'environnement des Canadiens. On sait que les deux principales causes de mort prématurée sont le tabac et la conduite dangereuse au volant, qu'il s'agit d'automobiles, de motoneiges ou de motocyclettes, mais comment la société peut-elle déraciner ces habitudes destructives.

Dans un article préparé par Jean-Marie Romeder et Ruth Watson du ministère de la santé nationale et du bien-être social, on lit ce qui suit:

"Il y a surtout deux chemins à suivre pour promouvoir de tels changements de conduite. Le premier pas à faire est d'utiliser des forces extérieures telles que des actions économiques et légales de façon à modifier notre environnement pour que nous nous comportions différemment. Vraiment de telles actions par le gouvernement sont souvent bien accueillies surtout lorsqu'elles visent à corriger certains aspects de la société qui entraînent bon nombre d'individus à des comportements malsains, pour le bénéfice d'une minorité.

La deuxième ligne de conduite s'adresse à des forces internes ou à une motivation personnelle. Nous savons que la majorité des changements de conduite durables viennent de notre for intérieur, de la motivation personnelle et que des forces externes ne peuvent que faciliter ces changements. C'est ce que nous ont enseigné durant les dernières décennies les sciences du comportement et les observations de bien des conseillers et des thérapeutes.

Mais que peut faire le gouvernement à ce sujet? Le gouvernement, suggère-t-on, peut modifier l'environnement de la société de façon à ce que les particuliers prennent l'initiative de changer quelques-unes de leurs façons de vivre et quelques aspects de leur environnement afin d'acquiescer une meilleure santé et d'aider les autres à atteindre le même but, la formation de groupes d'assistance individuelle et d'aide mutuelle constitue un moyen d'atteindre cet

Les réalisations accomplies dans le passé et en ce moment dans le domaine de la science médicale durant ce siècle ont grandement modifié le tableau de la santé humaine. Les progrès réalisés dans le domaine scientifique que la médecine préventive, curative, sociologique et de la médecine de réadaptation ainsi que l'amélioration réalisée dans le domaine pratique de ces mêmes sciences ont transformé un monde où la survie des plus forts était la règle. Les mêmes facteurs ont contribué à l'extension de l'espérance de vie à la naissance et à l'existence d'une population dont la proportion de malades chroniques et de personnes âgées croît constamment.

On en déduit que certaines maladies chroniques et le fait de vieillir constituent peut-être les plus importants problèmes sociaux de santé de nos temps modernes.

Il est donc surprenant et parfois consternant de voir que les professionnels de la santé traitent le problème d'un si grand ampleur avec ce que l'on peut appeler un manque d'intérêt. On continue à s'occuper surtout des maladies graves et de courte durée où les efforts sont plus ou moins récompensés par le succès et par des résultats impressionnants. Et lorsque cet aspect impressionnant s'émousse, de même l'intérêt suscité par la maladie du patient diminue. En conséquence la plus grande lacune vient du fait que les agents sanitaires de la médecine moderne ne voient pas l'ordre des priorités dans le panorama actuel de la santé.

“Les aspects biologiques, sociaux, économiques, psychologiques, et pathologiques, tous ces aspects et ceux créés par l'environnement qui accompagnent le processus de la vieillesse, et les problèmes connexes constituent un défi de taille et engagent la responsabilité de tous les citoyens de ce pays.”

“De formidables obstacles s'opposent à ce qu'on prenne les meilleures dispositions possibles pour s'occuper des personnes âgées et pour les soigner. Evidemment, il est curieux de savoir que quelques-uns de ces obstacles proviennent de l'attitude de personnes âgées elles-mêmes. Beaucoup d'entre elles semblent résignées à leur sort, ou bien elles n'ont que peu de confiance dans ceux qui essaient de leur venir en aide ou de leur faire sentir qu'ils comprennent leurs problèmes et leurs besoins mieux que n'importe qui. D'autres obstacles proviennent, dépendant de l'attitude et de la façon d'agir de membres des professions sanitaires ou du public en général et aussi des installations disponibles pour le soin des vieillards.”

“Une autre raison qui explique le manque d'égards envers les personnes âgées est de nature culturelle. Les professeurs de médecine et de sciences du même ordre portent leur attention vers les jeunes, s'intéressent aux maladies graves et se concentrent sur le rendement. Nous devons insister davantage sur le contrôle de la maladie plutôt que sur la guérison, sur la gestion plutôt que sur le redressement, sur la réadaptation aux activités de la vie quotidienne plutôt que d'occuper simplement un emploi. Il faut aussi souligner les grandes satisfactions que l'on retire lorsqu'on s'occupe de malades gériatriques et chroniques et non les frustrations.”

“Il y a environ douze ans, durant une discussion sur les exigences sanitaires des personnes qui vieillissent, le Docteur F.C. Swartz, président du comité pour la vieillesse de l'Association médicale américaine, déclarait: “Nous devrions nous préoccuper de l'endroit où l'on peut prolonger la vie des personnes âgées, ni dans les établissements de soins, ni dans les hôpitaux généraux. Bien trop de gens meurent au milieu d'autres malades et au cours d'un traitement, quelque'il soit. La mort est inévitable. C'est un fait que nous devons accepter et il est temps d'avoir un endroit où le malade puisse mourir en toute dignité sans avoir à lui enfoncer dans la gorge un tuyau de trachéotomie et sans avoir à lui masser la poitrine à la dernière minute.”

dépendance ou des réactions allergiques ou tout simplement l'enrichissement de l'urine du pays." (Aaron Wildavsky, *Daedalus, Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, Winter 1977).

Le docteur Wildavsky parlait de la vie aux États-Unis mais ses affirmations s'appliquent au Canada dans une grande mesure.

D'après plusieurs articles qui me furent soumis l'époque dans laquelle nous vivons devrait être l'ère de la médecine préventive mais peu de mesures concrètes, s'il y en a, pourraient être adoptées pour enrayer l'assaut des maladies résultant de notre "mode de vie" actuel. Je ne vois pas de changement prévisible de la façon de vivre actuelle des Canadiens. Nous vivons dans cette époque décrite par le Docteur Waldavsky où 90 pour cent de nos maladies, invalidités ou doléances sont déterminées par des facteurs qui échappent totalement ou presque au contrôle des médecins, mais nous continuons à les consulter et nous nous attendons à ce qu'ils nous remettent sur pied et nous gardent en bonne santé pendant que nous menons le même train de vie.

Dans ces conditions, on a toujours recours aux services de santé curative et ces services prennent de plus en plus d'importance et finissent par accaparer presque la totalité du potentiel fiscal du pays. Quelques personnes espèrent qu'une meilleure compréhension de la part de la population et l'emploi de nouvelles techniques après la guerre pourraient avoir pour résultat une diminution du coût des services, en finances et en personnel.

## 2. Médecine de réadaptation

Cet espoir de restreindre la demande de docteurs et d'hôpitaux à soins de durée très courte doit être fondé surtout sur la mise en pratique dans les pays, dans les provinces et dans les territoires de techniques postcuratives.

Une grande partie de la médecine de réadaptation et de soins postcuratifs donnés dans les hôpitaux à court séjour est consacrée au soin et aux besoins des personnes âgées. Les statistiques données dans les tableaux 16 à 19 (chapitre 5) sur les lits d'hôpitaux réservés pour la réadaptation et la convalescence soulignent l'importance et l'ampleur du problème.

Le Docteur Gustave Gingras, CC, directeur des services de réadaptation, ministre de la santé de l'Île du Prince-Édouard, un expert très versé dans le domaine de la réadaptation déclarait:

"On ne peut plus faire repasser la réadaptation sur une base purement humanitaire. Si on le faisait, quelle magnifique occasion pour les bio-psychologistes! La réadaptation ne peut pas être, et en réalité, ne devrait pas être dépourvue d'un fonds humanitaire, mais il faut l'admettre, c'est une science qui est maintenant solidement établie. Le terme "science" n'est peut-être pas le bon mot. Choisissons plutôt un terme plus panoramique tel que philosophie ou doctrine.

Le concept de soins médicaux complets doit inclure la réadaptation comme son dernier objectif. Même quand la guérison complète n'est pas possible, on peut toujours améliorer considérablement l'état du malade par la mise en pratique de la médecine de réadaptation et de techniques psychosociales."

Je pourrais tirer d'amples citations d'un article sur la "Gerontology and Geriatrics" présenté par le docteur Gingras à la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux en février 1978, mais je vais me limiter à ce qui suit:

"A ceux qui, dans cet auditoire, sont jeunes ou relativement jeunes ou qui cachent leur âge à l'aide d'un certain nombre de procédés, ou qui ont découvert un élixir de jeunesse, permettez-moi de citer Bernard Baruch: "Pour moi, disait-il, la vieillesse a toujours quinze ans de plus que la réalité."



"Ce concept de la liberté et de la responsabilité de chacun n'entraîne en rien un transfert à l'état des obligations de chacun en ce qui concerne le maintien et l'avancement de sa santé. La responsabilité de chacun demeure souveraine."

Il s'agit de définir ce que l'on appelle maintenant "mode de vie".

L'un des meilleurs documents et l'un des plus utiles à évaluer l'attention du public à une étude diversifiée de ces problèmes complexes est "Nouvelle perspective de la santé des Canadiens", monographie publiée en 1975 par l'Honorable Marc Lalonde, qui était alors ministre de la santé.

Le Rapport concentre ses efforts sur ce qu'il appelle la "conception du domaine de la santé". Dans le cadre de la conception du domaine de la santé, ce domaine est divisé en quatre vastes éléments: La biologie humaine comprend tous les aspects de la santé, à la fois physiques et mentaux, dont le développement dépend du corps humain. Cet élément englobe la transmission des traits génétiques, les changements qui accompagnent la maturité et évidemment le grand nombre de systèmes internes compliqués du corps humain. Je n'ai pas besoin de rappeler aux lecteurs que les problèmes de santé qui découlent de la biologie humaine causent des souffrances indicibles et coûtent des milliards de dollars en services de traitement.

Sous la rubrique *Environnement* on range tous ces éléments qui touchent à la santé et qui sont externes au corps humain et sur lesquels l'individu n'a pas de contrôle, ou presque pas. Les denrées alimentaires, les drogues, les cosmétiques, les approvisionnements d'eau, l'eau contenue dans l'air et la pollution causée par le bruit, les maladies contagieuses, les ordures et les systèmes d'égouts et l'environnement social se rangent dans cette catégorie et le contrôle de ces éléments doit être assuré par l'action communautaire.

La catégorie *Mode de Vie* comprend toutes les décisions prises par les particuliers, décisions qui affectent leur genre de vie, qu'ils contrôlent plus ou moins. Les éléments qui entrent dans cette catégorie comprennent naturellement le tabac, la drogue et l'alcool, l'obésité, la sousalimentation, le manque d'exercice, la négligence au volant, l'oubli de l'emploi des ceintures de sécurité ou des casques, la promiscuité et l'insouciance. L'Organisation des Soins de Santé englobe la pratique de la médecine, le nursing, les maisons de repos, les médicaments, les services publics et communautaires des services de santé, c'est-à-dire ce que nous considérons comme le système de soins de santé.

Il me semble approprié de citer en ce moment une partie d'un article publié par le professeur Aaron Wildavsky dans le *Journal of the American Academy of Arts and Sciences* (1977). Voici ce qu'il a écrit:

"D'après la grande équation, les soins médicaux valent la santé. Mais la grande équation est fausse. L'augmentation des soins médicaux disponibles n'est pas équivalente à une meilleure santé. Les meilleurs calculs indiquent que le système médical (docteurs, médicaments, hôpitaux) affecte les indices courants de l'évaluation de la santé dans une proportion d'environ 10 pour cent; soit que l'on ne vive pas du tout (mortalité infantile), peu importent le niveau de vie (journées perdues par suite de maladie) et la longévité (mortalité chez les adultes). Les autres 90 pour cent sont déterminés par des facteurs qui échappent totalement ou presque au contrôle des médecins et la gamme de ces indices va du mode de vie de chacun (le tabac, la boisson, la conduite automobile, l'exercice, les soucis) aux conditions sociales (le revenu, l'alimentation, l'héritage physiologique) et à l'environnement physique (la qualité de l'air et de l'eau). La plupart des malheurs qui frappent les gens sont activement en dehors de la portée de la médecine. Tout le monde sait que les docteurs sont utiles. Ils peuvent réduire les fractures, arrêter l'infection à l'aide de médicaments, opérer avec succès les fractures, les difformités et les tumeurs. Les injections, les maladies internes et la guérison d'organes extérieurs justifient la présence de docteurs et la disponibilité des médicaments et des hôpitaux. Il y a cependant le revers de la médaille: il y a des opérations qui ne sont pas nécessaires; personne n'en a besoin; et un emploi abusif des médicaments peut entraîner la

Cette déclaration est aussi valable aujourd'hui qu'au moment où on l'a écrite.

Les avantages économiques des soins de santé

Ce sujet fut traité dans sa totalité dans le chapitre 12 du premier volume du Rapport de la Commission en 1964 et mérite qu'on le relise maintenant. A la page 509 la Commission écrit ce qui

suit:

"Le cancer du poudmon, les affections cardiaques, l'alcoolisme et les accidents de la route et autres semblent tous partiellement la conséquence du comportement humain. Dans une certaine mesure, une conduite plus réfléchie supprimerait la nécessité de beaucoup de dépenses de santé. Mais, une fois qu'il est atteint, le malade a tout à gagner à récupérer sa productivité et à éviter l'invalidité ou la mort prématurées. Les actes inconsidérés sont regrettables sans doute, mais il faut bien accepter la vie telle qu'elle est. A notre avis, même dans les cas où le gain net pour la société est négatif, c'est-à-dire lorsque le rendement qu'on peut attendre est inférieur au coût des services de santé nécessaires, il faut quand même aider les gens à recouvrer la santé."

et à la page 511:

"L'absentéisme causé par la maladie ou les accidents impose aussi un jour fardéau aux Canadiens. Le rapport de cause à effet n'est pas facile à déterminer, mais il n'en reste pas moins qu'il existe une corrélation étroite entre le revenu d'un individu donné et le nombre de jours d'incapacité auxquels il est contraint par la maladie. Les bas revenus et les maladies dont la durée dépasse la moyenne coïncident encore trop fréquemment dans notre société. Ainsi, chaque jour en moyenne, environ 2 p. 100 de la population active est absente du travail pour causes de maladie ou d'accident; pour une année entière, la perte totale attribuable à des maux physiques passagers a atteint presque 34 millions de jours, soit 5,2 jours par employé. On estime que les invalidités physiques totales ont occasionné la perte de 53 millions de jours de production estimée à au moins 1,420 millions de dollars, soit l'équivalent d'environ 3,8 p. 100 de la production nationale (P.N.B.) et de 6,4 p. 100 du total des salaires des civils. Cette perte pour les maux passagers chez ceux qui normalement travaillent, à 765 millions pour les invalidités physiques permanentes et à 165 millions pour les maladies mentales."

Ces chiffres sont ceux de 1963. Ils seraient plus éloquents aujourd'hui. Les évaluations rapportées ci-dessous donnent à réfléchir.

L'évaluation des journées de travail perdues annuellement ces dernières années, en utilisant les données fournies par l'Etude mensuelle de la main d'oeuvre active faite par le Bureau fédéral de la Statistique donne les chiffres suivants:

Année	Maladie	Conflits Industriels
1975	62,296,000	10,972,000
1976	62,717,000	12,116,000
1977	60,996,000	3,172,000
1978	66,716,000	6,552,000

Le Rapport de la Commission ajoute à la page 12 du deuxième volume:



## CHAPITRE 6

### Genre de vie et soins de santé

Dans les chapitres précédents j'ai traité presque exclusivement des aspects curatifs des soins de santé. Il y a d'autres éléments importants que j'on fit ressortir durant les audiences et dans les nombreux mémoires reçus par le courrier. Trois d'entre eux furent soulignés, à savoir :

1. La médecine préventive
2. La médecine de réadaptation
3. Les soins de santé communautaires

#### 1. La Médecine préventive

On insista sur le fait que beaucoup de maladies et d'infirmités, dont la gravité s'accroît au point d'exiger des services curatifs, peuvent être prévenues et adoucies.

Je crois que la meilleure chose à faire est de répéter ici ce qui a été écrit sur le sujet dans la Commission royale d'enquête :

"La Commission croit que chacun est responsable de sa santé personnelle et de celle des membres de sa famille; cette responsabilité est capitale dans la mesure des capacités de chacun. Les mémoires présentés par les représentants des professions de la santé et par d'autres spécialistes, de même que les études entreprises par notre personnel de recherche, mettent l'accent sur la grande latitude qu'a chacun de déterminer son état de santé et son bien-être. Depuis la disparition presque totale de la plupart des maladies contagieuses, cette étendue de détermination personnelle a augmenté. L'hygiène personnelle, la propreté du foyer, l'alimentation équilibrée, les précautions prises contre les accidents, le repos suffisant, l'exercice régulier, l'usage judicieux du temps pour les loisirs et les distractions, bref, une vie équilibrée, voilà autant d'éléments qui non seulement importent au plus haut point pour assurer le maintien de la santé, mais qui dépendent grandement de la volonté de chacun et, à notre avis, relèvent clairement de sa responsabilité.

Cependant, à notre époque où le savoir et la technique du médecin sont avancés, tout cela ne suffit pas. Chacun doit voir à utiliser avec sagesse et prudence les services de santé, à se présenter périodiquement chez le médecin et chez le dentiste, à assurer à la mère de famille des soins pré et post-natals complets, à bien faire immuniser les enfants, et à consulter immédiatement le médecin ou le dentiste dès les premiers symptômes. On ne saurait trop insister sur l'emploi judicieux des services de santé disponibles; si cela se faisait, les gens éviteraient beaucoup d'affections graves et d'ennuis. Il va sans dire que, puisque toutes les ressources de santé sont maigres, il incombe à chacun, aussi bien qu'au praticien qui prescrit d'en user, de veiller à faire usage avec prudence et économie des services de santé.

Il existe d'autres obligations. Les services de santé coûtent de l'argent. Chacun doit donc aussi accepter de consacrer une partie raisonnable de son revenu, au moyen d'impôts, de primes ou des deux à la fois, à payer le coût des services de santé auquel chacun devra faire face durant sa vie.

En outre, à titre de membre d'une société organisée, chacun doit assumer sa juste part du coût des ressources de santé pour l'ensemble de la nation, y compris les ressources qui lui assurent la salubrité du milieu où il vit, les maisons d'enseignement qui forment notre personnel de travailleurs de la santé et les centres de recherche qui font progresser notre connaissance des processus biologiques et morbides et nos nouvelles méthodes de thérapie."<sup>1</sup>

<sup>1</sup> La Commission royale sur les services de santé (1964), Tome I, Chapitre 1, p. 4.

et

“Par suite de l'accroissement du nombre de malades souffrant de maladies mentales professionnelles, il semble qu'il soit nécessaire d'encourager le développement des cliniques de santé mentale et d'autres formes de services ambulatoires pour prévenir et soigner les maladies mentales.”

et

“Le Conseil recommande que l'on fasse des recherches continues afin d'encourager les petites communautés à suivre l'exemple d'autres communautés en mettant en commun leurs ressources de telle sorte que de meilleurs soins de santé soient rendus disponibles tout en réalisant de plus grandes économies. Il faut admettre que ces économies ne seraient pas importantes. Le Conseil croit cependant que l'amélioration de la qualité des soins disponibles à bon nombre de citoyens serait considérable.”

En même temps que d'autres observations et recommandations qui, toutes, demandent une étude approfondie.

l'expérience pour les étudiants en médecine, les internes et les résidents, ainsi que pour les étudiants d'autres professions de la santé.

Une telle expérience est essentielle à la formation de l'étudiant et on ne saurait la fournir dans d'autres milieux. Afin d'assurer une formation de qualité, les hôpitaux d'enseignement sont aux prises avec des exigences et des frais uniques en leur genre qui ne se retrouvent pas dans les budgets des hôpitaux ordinaires. Il faudrait tenir compte des engagements spéciaux qu'imposent aux hôpitaux d'enseignement leurs installations avancées de diagnostic et de traitement et leurs grands programmes d'enseignement.

La plupart des grands hôpitaux d'enseignement sont engagés profondément dans les soins tertiaires de diagnostic et des malades et dans des programmes de soutien de la vie. Attirer et retenir des médecins compétents pour diriger ces programmes et les engagements connexes d'enseignement sont liés dans une large mesure aux postes disponibles à plein temps et à temps partiel dans les facultés locales. D'ordinaire de tels postes comportent des engagements financiers, tant de la part des collèges de médecine que des hôpitaux, pour les traitements des professeurs, de même que pour les frais connexes de bureau et de soutien administratif. Les commissions progressives des budgets entraînent de graves difficultés de recrutement, qui ont pour conséquence d'entraver des programmes de soins tertiaires d'importance vitale et leurs éléments connexes d'enseignement.

Le rôle des hôpitaux d'enseignement ayant une portée nationale ou provinciale, il s'ensuit que le financement global des immobilisations ne peut pas être imposé légitimement aux communautés où les hôpitaux se trouvent. De même que le Canada a exigé de nouvelles installations financées par le Fonds des ressources de la santé afin d'assurer un nombre suffisant de médecins pour l'assurance-malade à l'échelle du pays, de même est-il nécessaire d'assurer le financement pour que se poursuivent à l'avenir les programmes de formation médicale."

**(3) Le Conseil de Santé du Canada:** L'Association recommande que soit établi un Conseil de la santé du Canada en tant qu'organisme indépendant chargé d'examiner la politique de services de santé pour tout le pays;

que ce Conseil soit administré par des représentants distingués de l'industrie de la santé, du gouvernement et du public et qu'il soit financé par l'entremise de sources publiques et privées. affirmant:

"L'Association des hôpitaux du Canada propose l'établissement d'un conseil indépendant pour examiner la politique de la santé et fournir des fondements utiles aux prises de décision. Le Conseil de la santé du Canada proposé par l'Association des hôpitaux du Canada aurait pour modèle d'autres organismes savants comme le Conseil économique du Canada, l'Hud-son Institute et l'Institut de recherche en politique publique. Le Conseil serait financé par son entremise de sources publiques et privées. Son conseil d'administration serait formé de membres distingués de l'industrie de la santé, du gouvernement et du public. Le Conseil suivrait une politique en recherche, produirait de l'information et publierait ses constatations, afin de relever le niveau de débat sur la politique de la santé. Il évaluerait les programmes et examinerait d'autres modes de financement. Il pourrait s'acquitter d'autres fonctions qu'exigerait un système de services de santé en voie d'évolution."

*Le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux* qui "surveille de très près la qualité" dans le domaine hospitalier du Canada a remarqué:

"Qu'il y a des preuves convaincantes que l'accessibilité aux soins de santé, atteignant des normes élevées de qualité sous une uniformité relative de termes et de conditions, s'étend à une plus grande priorité de Canadiens qu'auparavant. Il est de plus démontré que cette amélioration a été particulièrement évidente dans les régions les plus reculées du pays comme par exemple, Terre-Neuve et le Labrador, et le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest."

L'Association canadienne des hôpitaux a fait un grand nombre de recommandations importantes et à-propos qui sont toutes dignes de considération et qui comprennent:

(1) **Un Conseil autonome:** L'Association recommande que le rôle des conseils locaux d'administration soit explicite aux gouvernements et au public et a soutenu que la détermination locale ou l'autonomie est un principe de premier plan qui a guidé l'essor du Canada. La notion d'autonomie locale est établie solidement dans le régime des services de santé. Les conseils d'administration des établissements de santé sont composés de bénéficiaires de santé. Cette méthode de régime des services de santé est une force fondamentale du régime des services de santé au Canada. La haute qualité des soins peut être attribuée largement au leadership manifesté par ces administrateurs bénévoles dans chaque communauté.

Les organisateurs sont légalement et moralement responsables de la gestion de leurs établissements de soins de santé. Le gouvernement, et dans certains cas, le public, comprennent mal cette responsabilité. Les événements et les tendances de la politique de la santé ont remis en question l'autonomie des conseils d'administration.

Les administrateurs, aussi bien expérimentés que nouveaux, devraient avoir à leur disposition des moyens de formation. La complexité croissante des services hospitaliers, les rapports de l'établissement avec sa communauté et les méthodes modernes de financement de ses programmes ont rendu cette formation nécessaire. On devrait assurer aux administrateurs, expérimentés et nouveaux, une orientation appropriée à leur rôle, orientation suivie au besoin de programmes d'éducation permanente.

Quoiqu'il faille développer et surveiller au niveau national les principes fondamentaux contenus dans la "Charte de la santé pour les Canadiens", c'est aux conseils locaux d'administration qu'il incombe de mettre ces principes en pratique dans les politiques de leurs établissements.

Même si la "Charte" affirme que les hôpitaux doivent être à l'abri de contrôle et de domination politique et préconise l'administration au niveau local, les événements et les tendances en matière de politique de la santé ont jeté une ombre sur l'autonomie des conseils d'administration.

Le sujet de la participation et du contrôle au niveau local fut débattu pratiquement à toutes les audiences et les gouvernements provinciaux devraient reprendre ce sujet en main.

(2) **Hôpitaux d'enseignement:** L'Association recommande que l'on tienne compte des engagements spéciaux pris par les hôpitaux d'enseignement; que ces fonctions supplémentaires d'enseignement et de recherche soient bien définies et reconnues par les gouvernements provinciaux; que des provisions appropriées soient établies pour financer les frais directs aussi bien qu'indirects;

qu'à l'avenir des mécanismes de financement assurent le nombre suffisant de professeurs cliniciens qu'il faut pour donner suite à l'engagement local essentiel aux programmes des soins tertiaires des malades et d'enseignement;

que soit établi le programme spécial d'aide au financement des immobilisations, pour les collèges de médecine et les hôpitaux d'enseignement qui leur sont affiliés.

et que l'appui soit donné

"Au Canada, les hôpitaux d'enseignement ont des responsabilités très étendues pour ce qui est d'assurer les ressources nécessaires à l'enseignement et des possibilités d'acquiescer de



**TABLÉAU 19**  
**Lits d'établissements de soins spéciaux**  
**par mille habitants (a)**

PROVINCE	1962	1972	1976	1978
Terre-Neuve	1.3	3.0	4.1	4.1
Ile du Prince-Edouard	4.5	7.9	10.9	11.4
Nouvelle-Ecosse	1.9	6.6	8.1	8.8
Nouveau-Brunswick	3.1	4.2	5.4	5.8
Québec	2.7	4.6	5.3	4.9
Ontario	4.7	7.1	8.0	8.2
Manitoba	5.3	7.3	7.8	8.6
Saskatchewan	4.2	8.8	8.9	9.6
Alberta	3.8	8.1	7.9	7.6
Colombie Britannique	5.5	6.5	8.2	9.1
Yukon	4.5	3.8	4.5	4.5
Territoires du Nord-Ouest	0	0	1.4	1.4
CANADA	3.9	6.3	7.1	7.3

(a) Comprend les lits dans les maisons de repos, les hospices de vieillards, les installations pour les arriérés mentaux et dans les "autres" catégories. Exclut les lits dans les foyers, les maisons pour la protection des enfants, et les maisons pour les filles-mères.

**TABLEAU 18**  
**Lits d'hôpitaux pour malades psychiatriques (a)**  
 par mille habitants

PROVINCE	1958	1962	1972	1976	1978
Terre-Neuve	1.5	2.0	1.5	0.9	0.7
Ile du Prince-Rdouard	4.6	3.5	2.4	0.5	0.5
Nouvelle-Ecosse	3.6	3.9	2.0	1.0	0.7
Nouveau-Brunswick	2.5	2.5	2.2	1.5	1.6
Québec	3.5	3.9	2.5	0.9	1.4
Ontario	2.8	2.5	1.7	1.0	0.9
Manitoba	3.1	2.5	1.3	1.3	1.1
Saskatchewan	2.4	2.4	0.7	0.7	0.7
Alberta	3.4	2.1	1.7	1.2	0.8
Colombie Britannique	2.8	2.7	1.9	1.3	1.6
Yukon	0	0	0	0	0
Territoires du Nord-Ouest	0	0	0	0	0
CANADA	3.0	2.9	1.9	1.0	1.1

(a) Comprend les quartiers psychiatriques dans les hôpitaux généraux mais exclut tous les lits pour arriérés mentaux.

**TABLEAU 17**  
**Lits d'hôpitaux pour malades chroniques**  
**par mille habitants**

PROVINCE	1958	1962	1972	1976	1978
Terre-Neuve	0	0.2	0.2	0.3	0.4
Ile du Prince-Edouard	0.5	0.2	0.1	0.3	0.2
Nouvelle-Ecosse	0.3	0.4	0.2	0.2	0.2
Nouveau-Brunswick	0.4	0.3	0.5	0.4	0.4
Québec	1.3	0.8	1.5	3.1(a)	2.2
Ontario	0.9	1.2	1.1	1.2	1.0
Manitoba	0.7	1.1	1.1	1.1	1.1
Saskatchewan	0.1	0.5	0.6	1.2	1.3
Alberta	0.3	1.1	1.6	1.6	1.6
Colombie Britannique	0.8	0.4	1.2	2.0	2.2
Yukon	0	0	0.2	0.2	0.2
Territoires du Nord-Ouest	0	0.6	1.0	0.6	1.0
CANADA	0.8	0.9	1.2	1.7	1.5

(a) Comprend un grand nombre de "lits d'hôpitaux mentaux transformés".

**TABLEAU 16**  
**Lits d'hôpitaux pour la réadaptation et la convalescence (a)**  
**par mille habitants**

PROVINCE	1958(b)	1962(b)	1972	1976	1978
Terre-Neuve	0	0.1	0.2	0.1	0.1
Ile du Prince-Edouard	0	0.3	0.3	0.2	0.3
Nouvelle-Ecosse	0	0	0.1	0.1	0.1
Nouveau-Brunswick	0.1	0	0	0	0.1
Québec	0.1	0	0.2	0.2	0.2
Ontario	0.2	0	0.2	0.2	0.2
Manitoba	0	0.2	0.2	0.2	0.2
Saskatchewan	0	0.1	0.1	0.1	0.1
Alberta	0	0.1	0.2	0.2	0.2
Colombie Britannique	0.1	0.1	0.2	0.2	0.3
Yukon	0	0	0	0	0
Territoires du Nord-Ouest	0	0	0	0	0
CANADA	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2

(a) Inclut les lits d'hôpitaux fédéraux.

(b) Limite seulement à des lits réservés pour la réadaptation. Les lits pour convalescents étaient combinés avec les lits réservés aux malades chroniques et ne peuvent pas être identifiés séparément.



**TABEAU 15**  
**Lits d'hôpitaux pour soins intensifs à terme très court (a)**  
 par mille habitants

PROVINCE	1958	1962	1972	1976	1978
Terre-Neuve	4.1	4.2	5.2	5.0	5.1
Ile du Prince-Edouard	6.2	5.8	5.7	5.4	5.2
Nouvelle-Ecosse	5.5	5.6	6.0	5.9	6.1
Nouveau-Brunswick	5.5	5.9	6.3	5.7	5.3
Québec	4.9	4.8	4.7	4.1	3.7
Ontario	4.8	5.2	5.0	4.4	4.2
Manitoba	6.5	5.9	5.5	5.2	5.3
Saskatchewan	8.4	7.4	7.5	7.0	6.5
Alberta	7.2	6.4	6.9	5.8	6.0
Colombie Britannique	5.7	6.1	5.0	4.5	4.3
Yukon	8.2	10.4	6.8	6.9	7.1
Territoires du Nord-Ouest	30.5 (b)	16.7	8.0	9.7	8.8
CANADA	5.3	5.4	5.3	4.7	4.5

(a) N'englobe pas les quartiers psychiatriques dans les hôpitaux généraux.  
 Comprend les lits d'hôpitaux fédéraux.

(b) Comprend un certain nombre de quartiers pour tuberculeux dans les hôpitaux généraux.

TABLEAU 14

Tous les lits d'institutions (a) par mille habitants

PROVINCE	1962	1972	1976	1978
Terre-Neuve	9.0	10.5	10.6	10.4
Ile du Prince-Edouard	15.2	16.5	17.3	17.5
Nouvelle-Ecosse	12.4	15.2	15.4	15.8
Nouveau Brunswick	12.8	13.4	12.9	13.1
Québec	12.9	13.6	13.5	12.4
Ontario	14.1	15.1	14.7	14.5
Manitoba	15.6	15.5	15.5	16.3
Saskatchewan	14.9	18.0	18.0	18.1
Alberta	14.3	18.7	16.7	16.2
Colombie Britannique	15.2	14.8	16.2	17.6
Yukon	14.9	10.8	11.6	11.7
Territoires du Nord-Ouest	18.6	9.0	11.7	11.1
CANADA	13.7	14.9	14.7	14.5

(a) Comprend tous les lits dans les hôpitaux et les établissements de soins spéciaux, sauf les foyers, les maisons pour la protection des enfants et les maisons pour les filles-mères.

Lits par mille habitants au Canada  
le (ou vers le) 31 décembre

TABLEAU 13

HÔPITAUX	1958	1962	1972	1976	1978
Soins intensifs à termes très courts	5.3	5.4	5.3	4.7	4.5
Réadaptation-conval.	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2
Soins prolongés (chroniques)	0.8	0.9	1.2	1.7	1.5
Quartiers psychiatri- ques dans les hôpitaux généralistes	0.2	0.2	0.2	0.3	1.1
Autres	2.8	2.8	1.7	0.8	
Sanatoria de tubercu- leux	0.8	0.6	0.1	-	-
Total pour les hôpitaux	9.9	9.9	8.6	7.6	7.2
<hr/>					
ÉTABLISSEMENTS DE SOINS SPÉCIAUX					
Maisons de repos	n.d.	1.0	2.0	2.1	2.3
Hospices de vieillards	n.d.	2.1	3.2	3.7	3.7
Arrière-méntaux	0.6	0.8	0.8	0.7	1.3
Autre	-	-	0.3	0.6	
Total	n.d.	3.9	6.3	7.1	7.3
Grand total	n.d.	13.7	14.9	14.7	14.5

## Economies

- La création des installations pour les services de santé moins sévères implique une économie possible de \$27 milliards sur les *frais d'opération des hôpitaux* durant les cinquante prochaines années.
- Si, par exemple, l'on faisait des efforts, dès le début des années quatre-vingt, pour accélérer la construction de maisons de repos, 30% peut-être des jours prévus par malade pourraient être passés dans les maisons de repos plutôt que dans les hôpitaux. Le coût d'un jour de maison de repos représenterait environ le cinquième de celui d'un jour d'hôpital (\$25 contre \$125).
- Les maisons de repos sont non seulement moins coûteuses à opérer, mais elles sont aussi moins coûteuses à construire. Au milieu des années soixante-dix le prix de revient d'un lit dans un hôpital général s'échelonait entre \$40,000 et \$80,000 (terrain exclu). Pour la construction de maisons de repos, l'investissement immobilier par lit est d'environ 60% de celui requis pour la construction d'hôpitaux.

TABLEAU 12

Nombre estimatif de lits (Canada)  
le (ou vers le) 31 décembre

HÔPITAUX	1958	1962	1972	1976	1978
Soins intensifs à termes très courts	91,965	101,766	115,176	108,701	106,694
Réadaptation-conval.	1,249	1,075	4,226	4,244	4,415
Soins prolongés (chroniques)	14,337	16,860	25,701	40,205	34,211
Quartiers psychiatriques dans les hôpitaux	2,985	3,500	4,940	5,921	25,235
Autres	48,579	51,700	36,917	17,640	
Sanatoria de tuberculose	13,018	10,241	1,868	93	30
Leux	172,133	185,142	188,828	176,804	170,585
Total pour les hôpitaux					
Maisons de repos	n.d.	18,685	43,100	49,145	53,739
Hospices de vieillards	n.d.	39,189	70,489	85,297	87,642
Arrêtés mentaux	9,432	14,805	16,939	16,853	30,886
Autres	-	-	6,719	13,289	
Total	n.d.	72,679	137,247	164,584	172,267
Grand total	n.d.	257,821	326,075	341,388	342,852

Les données sont celles du 31 décembre pour les années 1958, 1962, 1972, et 1976 sauf pour les établissements de soins spéciaux des années 1972 et 1976 où les totaux sont ceux du 31 mars de l'année suivante. Les chiffres de 1978 sont ceux du 31 mars 1979. On ne tient pas compte des quartiers psychiatriques dans les hôpitaux généraux. On ne tient pas compte des foyers, ni des maisons pour la protection des enfants, ni des maisons pour les filles-mères.

Services économiques sanitaires et données de l'analyse  
Services de santé et Branches s'occupant de la publicité

Le 28 avril 1980

Ces facteurs, et bien d'autres, comme les grandes décisions gouvernementales sur la politique et l'emploi de nos ressources de services de santé.

L'analyse profonde contenu dans *Prognosis for Hospitals* est trop détaillée pour être répétée ici elle est, en tout cas, à la disposition des organisateurs des soins de santé et des directeurs. Il suffira d. réimprimer le résumé de ses travaux.

### Jusqu'à quand les installations hospitalières de 1975 seront-elles suffisantes?

- L'expansion immédiate des installations hospitalières ne serait peut-être pas nécessaire si l'on faisait un meilleur usage des installations actuelles. L'usage (rapport entre les jours que passe un malade à l'hôpital et espace des installations) des installations hospitalières est tombé de 81.3% en 1971 à 76.8% en 1975. Par suite de la situation économique et de la nécessité de faire un meilleur usage des installations hospitalières actuelles, on pourrait atteindre de nouveau la proportion de 80% qui existait durant les années soixante; dans ce cas il ne serait pas nécessaire de créer de nouveaux lits pendant plusieurs années.
- D'autre part, si l'on pouvait disposer de suffisamment d'installations pour le traitement des maladies moins aigues comme les maisons de repos privées ou des soins à domicile, la capacité actuelle des hôpitaux pourrait suffire jusque vers le milieu des années quatre-vingt-dix.

### Besoins prévus

- On s'attend à ce que les besoins de soins hospitaliers augmentent avant le tournant du siècle et à ce que les installations actuelles ne puissent subvenir à ces besoins et après l'an 2000 il est probable que la demande de soins s'accélère.
- Dans la prochaine décennie, les organisateurs devront commencer à songer à mettre sur pied un plan qui réponde à une demande croissante probable d'espace hospitalier, demande qui se fera pressante au début du siècle prochain par suite d'un accroissement substantiel de la population des personnes âgées.

- Des l'année 2031, on s'attend à ce que le total des jours passés par les malades dans les hôpitaux s'élève à 84 millions, presque le double de 43 millions, le chiffre actuel. Mais les jours d'hôpital des personnes âgées pourraient passer de 16 millions à 55 millions, soit plus du triple, ce qui représente respectivement 38% et 65% des jours de tous les malades.

### Coût

- Le montant des dépenses en dollars (taux fixe de 1976) pourrait s'élever de \$5.4 milliards à plus de \$11 milliards en 2031. Cette augmentation de 109% est dû à la croissance de l'ensemble de la population, et plus particulièrement à l'augmentation du nombre des personnes âgées.

### Un choix

- La rareté actuelle des installations sanitaires secondaires oblige de nombreux malades, surtout des femmes âgées, à prolonger leur séjour à l'hôpital tout simplement parce qu'elles ne peuvent aller nulle part ailleurs. On pourrait diminuer cette dépense sensiblement si l'on transférait dans des établissements plus flexibles ou si on soignait à domicile ces malades dont l'état ne requiert pas des soins hospitaliers complets.



croît-on, continuera à diminuer. De 3,54 en 1921 le taux de fertilité n'a cessé de baisser pour atteindre le point le plus bas: 2,65 en 1937, et il n'a dépassé 3,0 qu'en 1943; il devait par la suite atteindre le taux record de 3,94 en 1959; en 1960, le taux commença une chute rapide et continue et atteignit 1,83 en 1976, chiffre bien inférieur à 2,1 qui est le taux du niveau de remplacement. La projection des naissances annuelles jusqu'à l'année 2001 indique une augmentation de 10 pour-cent en 1985 avec 396,000 naissances, puis une baisse au tournant du siècle avec 330,000. Environ les deux-tiers de tous les émigrants du Canada ont moins de 30 ans, ils feront donc partie de la génération des personnes âgées au vingt et unième siècle. Si l'on tient compte du chômage (l'immigration diminue avec le chômage), les projections prévoient l'entrée au pays de 150,000 immigrants et le départ de 75,000 émigrants, ce qui laisse un gain net de 75,000. La mortalité est un dernier facteur à considérer. On ne peut pas prévoir dans les années à venir les découvertes scientifiques qui affecteront les taux rudimentaires de mortalité. Pour les hommes, la moyenne d'espérance de vie à la naissance s'est élevée de 66,3 ans en 1951 à 69,6 en 1976 et on prévoit qu'elle sera de 70,2 en 1986. L'espérance de vie est plus grande chez la femme, et l'écart s'agrandirait: les chiffres correspondants sont les suivants: 78,8 en 1951, 76,9 en 1976, et 78,3 en 1986.

Les projections de la population basées sur ces mouvements et sur ces prévisions sont indiquées ci-dessous:

Projection de la population au Canada, 1981-2031

Année	Population	Augmentation du pourcentage par rapport à la décennie précédente
1971	21,568,300	12,8%
1981	24,338,200	10,8%
1991	26,974,600	6,8%
2001	28,793,300	4,4%
2011	30,068,000	2,7%
2031	30,935,000	0,2%

Du point de vue de la planification sanitaire, le facteur le plus significatif est évidemment le changement opéré par l'âge sur la composition de notre population.

Comme le souligne le Rapport, l'explosion des naissances après la guerre a influencé grandement (et continuera à le faire) les compositions démographiques du Canada. Ce groupe imposant qui gravit inlassablement l'échelle des années est suivi par une cohorte décimée par la volte-face de la fertilité. En proportion de la population en l'année 2001, le nombre des personnes âgées de 0 à 24 ans sera descendu à 33% comparé à 45 pour-cent en 1976. Le nombre des adultes âgés de 25 à 64 ans (c'est-à-dire la majorité des salariés) aura augmenté de 46 à 55 pour-cent. Le pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus est d'environ 12 pour-cent comparé à 8 pour-cent en 1976; ce qui veut dire qu'au tournant du siècle un Canadien sur huit aura 65 ans ou plus. Mais il faut faire remarquer que le rythme d'augmentation annuelle ralentit, le nombre des vieillards a augmenté rapidement de 1961 à 1971 (25 pour-cent), bien plus rapidement que la population en général (18 pour-cent). On s'attendait à une légère accélération du rythme de croissance (32 pour-cent) dans les années soixante-dix et à une baisse (29 pour-cent) dans les années quatre-vingt et dans les années quatre-vingt-dix (15 pour-cent) à l'époque où les membres de la petite cohorte née durant la Dépression avaient 65 ans.

## CHAPITRE 5

### Les Hôpitaux et Autres Etablissements de services de santé

#### Les hôpitaux

La situation des lits d'hôpitaux au Canada est indiquée dans les tableaux 12 à 19 inclus.

Comme le tableau 15 l'indique la proportion des lits d'hôpitaux de très courte occupation par mille habitants est de 4,5. Des dix provinces l'Ontario a la proportion la plus basse: 4,2, et la Saskatchewan la plus élevée: 6,5.

Durant la période 1949-1953 le nombre des lits d'hôpitaux a considérablement augmenté. L'objectif était de 40,000 en l'espace de cinq ans; et, dès 1953, 46,000 lits avaient été construits ou remplacés. Si l'on met à part cette période de construction extraordinaire, l'augmentation a été très régulière jusqu'en 1976 lorsque la proportion de lits par habitant commença à baisser rapidement.

Ce déclin signifie un changement marqué dans les directions à suivre, un mouvement vers l'implantation d'autres programmes moins dispendieux et une préoccupation grandissante pour essayer de diminuer les frais.

Ces facteurs se traduisent également par une augmentation des possibilités des maisons de repos et des établissements de soins spéciaux.

Un des changements saluaires à remarquer est la baisse jusqu'à zéro de la demande de lits pour être remplacés par des quartiers psychiatriques dans les hôpitaux généraux et par l'agrandissement des disponibilités communautaires.

Les commentaires et les statistiques que l'on trouve dans le chapitre 8 du Rapport de la Commission royale d'enquête n'ont rien perdu de leur signification aujourd'hui, mais il faut se rappeler que les changements de la technologie, des méthodes de traitement et le développement des méthodes de haute technicité dans les principaux hôpitaux ces dix dernières années ont suscité de nouvelles demandes et créé de nouveaux problèmes. Cette politique adoptée dans tout le Canada et qui consiste à diminuer la proportion de lits par habitant, politique qui est réellement mise en pratique d'un façon systématique avant que l'on ne trouve d'autres moyens pour loger les malades sortis des hôpitaux à court séjour, présente des problèmes que l'on n'avait pas prévus en 1964.

#### Services hospitaliers

Je n'ai pas eu le temps ni les moyens d'étudier le développement de nos ressources hospitalières pour les années à venir.

Heureusement, on a publié, en novembre 1979, un rapport de Statistiques Canada intitulé "A Prognosis for Hospitals"<sup>1</sup> et ce rapport, quoiqu'il s'en tienne à des données fournies avant 1977, est très précieux.

On y analyse les facteurs qui influencent l'accroissement de la population et on émet des projections basées sur différentes hypothèses. L'un des facteurs les plus importants est la fertilité qui,

1. L.A. Lefebvre, Z. Zsigmond, M.S. Devereaux, A Prognosis For Hospitals (Ottawa: Statistiques Canada, 1979).

programme. Pour cette raison nous croyons que le programme ne doit être financé que par les fonds généraux des gouvernements fédéral et provinciaux. Cela veut dire qu'il ne doit pas y avoir de "prime" perçue directement pour ce programme. Nous jugeons aussi ce programme si important qu'il est impossible d'attendre que les gouvernements fédéral et provinciaux se mettent d'accord sur un programme de santé complet dont cette prestation pourrait faire partie. Parmi toutes nos propositions, ce programme doit occuper l'un des plus hauts rangs de priorité."

L'on a donné suite à cette recommandation dans les dix provinces, avec plus ou moins de force selon la province. Terre-Neuve a instauré en 1950 un programme complet pour enfants et il est toujours en vigueur. Celui de l'Île du Prince-Édouard existe depuis dix ans. Le Nouveau-Brunswick a un régime limite qui couvre les enfants des régions isolées. Le régime du Québec assure protection aux enfants de moins de 16 ans. L'Ontario n'a pas de programme provincial à l'intention des enfants. Les programmes complets du Manitoba, de la Saskatchewan et de l'Alberta sont solidement établis tandis que la Colombie Britannique implante, à partir du 1er janvier 1981, un programme qui couvrira 415,000 enfants et 290,000 personnes âgées.

### Prévisions non réalisées - Nécessité de l'initiative fédérale

Je ne propose pas une nouvelle étude des différents programmes qui furent recommandés en 1964 et qui ne furent pas mis en pratique. Les autorités fédérales et provinciales de la santé se rendent bien compte des lacunes qui restent à combler. *Mais je suis d'avis qu'il est essentiel que le gouvernement fédéral reprenne l'initiative en octroyant des sommes équivalentes pour l'implantation de programmes dans des domaines bien définis.* Il se peut que la mise en pratique du financement global ait donné l'idée, au public et aux gouvernements, que le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé était terminé. Il n'en est pas ainsi.

La nécessité d'une action à l'échelle nationale pour aider les provinces à satisfaire des besoins communs à tous les Canadiens s'impose toujours. Une fois que les nouveaux programmes auront été financement mis en place, on pourra alors, si le besoin s'en fait sentir, les ranger sous le système du financement global.

### L'avenir

Je me rends compte que, par suite des contraintes actuelles, le gouvernement fédéral ne peut agir aussi généreusement qu'il le fit dans les années cinquante et soixante. D'un autre côté, s'il n'y a pas une action soutenue de la part du gouvernement fédéral, le fossé entre les niveaux de service dans les provinces à revenus bas et élevés va s'agrandir, et l'objectif d'un régime complet de santé ne sera jamais réalisé.

Ce point a été le sujet de discussions publiques extraordinaires en Ontario, surtout durant les débats et la présentation du rapport d'un comité de la législation en 1978, et je n'ai pas besoin de m'étendre ici sur ce point. Pourtant, ce comité législatif a révélé un fait, que d'ailleurs de nombreux membres ont souligné durant les audiences publiques, à savoir: un très faible pourcentage de ceux qui ont droit aux subsides (c'est-à-dire les travailleurs pauvres et les chômeurs temporaires) en font réellement la demande et reçoivent l'aide à laquelle ils ont droit. Le fait de ne pas savoir que cette aide est disponible, des mesures administratives compliquées, et même la difficulté à obtenir les formules de demande d'aide (le manque d'information y est aussi pour quelque chose) créent apparemment de vraies barrières à l'acquisition du statut de personne assurée.

Dans le cadre du système des frais partagés, système qui fut en vigueur jusqu'en 1977, toutes les provinces tenaient vraiment à admettre le plus grand nombre de personnes dans le programme, puisque les octrois fédéraux *par personne* étaient calculés d'après le nombre de personnes assurées; depuis 1977 elles n'y tiennent plus.

L'étendue du problème nous échappe. On ne connaît pas le nombre de personnes non assurées, quoique des témoins aient indiqué que ce nombre dépasse les 5 pour-cent de tolérance requis par la loi fédérale. ***J'en conclus que l'on étudie ce sujet le plus rapidement possible.***

## D'autres services

Les objectifs nationaux d'une gamme complète de services de santé payés à l'avance, recommandés dans le Rapport de la Commission d'enquête n'ont pas été réalisés. Comme en témoignent des vingtaines de mémoires, les besoins de ces services existent toujours; ces besoins (quelques provinces se sont préoccupées de quelques-uns seulement de ces besoins) existent à l'échelle nationale; pour s'en occuper il faut donc faire appel à des personnes dévouées et lancer une campagne d'action à travers tout le pays.

## Le Programme dentaire des enfants

Dans le Volume 1 de la *Commission royale d'enquête sur les services de santé* (1964) à la page 35, la Commission déclare:

"Il faudra mettre sur pied, dès que l'organisation et le recrutement seront complétés un régime de traitement dentaire pour les enfants, régime faisant usage des services de dentistes et d'auxiliaires dentaires. Au cours de la première année, disons, 1968, tous les enfants ce cinq à six ans auront droit à un examen dentaire et aux services de réflexion, y compris, au besoin, le renvoi à l'orthodontiste et à d'autres spécialistes. Au cours de la deuxième année, en 1969, tous les enfants de quatre, cinq, six et sept ans auront droit à ces mêmes soins et, pendant la troisième année, en 1970, tous les enfants de trois à huit ans. Durant chacune des années ultérieures, un groupe d'enfants du même âge serait ajouté par la suite. Dès 1980, tous les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans auraient droit à ces services et tous ceux qui auraient atteint l'âge de 18 ans cette année-là auraient reçu des soins dentaires réguliers pendant toutes leurs années de croissance. Nous aimerions voir le régime pour les enfants introduit dans toutes les provinces simultanément, de telle sorte que les enfants qui se déplacent d'une province à l'autre ne perdent pas la continuité du service. De plus, il faudrait encourager toutes les provinces qui ont des ressources suffisantes à accélérer le programme.

Nous ne nous faisons pas d'illusions sur les difficultés et les problèmes que créera cette décision. Il faudra disposer de ressources financières pour attirer dans ce programme un fort contingent de personnel dentaire.

De plus, nous sommes au courant des problèmes posés par la nécessité d'élucider du programme les enfants aînés d'une même famille où le cadet a droit aux services de ce



sa disposition un réseau de municipalités comme en Saskatchewan, il dut se rabattre sur les déductions de salaires et sur une bonne proportion de facturation directe individuelle, et l'impression générale était que le système ne fonctionnait pas. En 1954, la levée des primes fut abolie et la taxe sur les ventes augmentée de 3 à 5 pour-cent. Une simple preuve de résidence légale in Colombie Britannique suffisait pour obtenir le droit d'éligibilité aux avantages hospitaliers exigés du point de vue médical. Mais le système de primes fut réinstauré par la suite et à partir du 1<sup>er</sup> juillet 1980, les primes mensuelles s'élevaient à \$8,50 pour personne seule, à \$17,00 pour deux personnes et à \$21,25 pour une famille de trois personnes ou plus.

En Alberta les primes étaient de \$7,50 par mois pour personnes seules et de \$15,30 par mois pour une famille. Ces chiffres furent augmentés de 15% le 1<sup>er</sup> juillet 1980.

En Ontario la prime est de \$20,00 par mois pour personnes seules et de \$40,00 par mois pour une famille de quatre ou plus.

Cette question de protection obligatoire était très importante et elle mit aux prises le gouvernement fédéral et celui de l'Ontario; le Premier Ministre Saint-Laurent voulait que tous les habitants d'une province soient couverts; il agissait pour lui d'une condition légale indispensable pour l'octroi de fonds fédéraux. Le Premier Ministre Frost manifesta de la résistance, et on en arriva à un compromis. Le programme ontarien serait obligatoire pour tous les employés d'établissements de quinze employés ou plus, tandis qu'il en serait de six à quatorze employés pourraient à leur choix devenir des "groupes mandataires" (et alors le rester).

La combinaison de ces stipulations et d'une prime très basse (\$2,10 et \$4,20 par mois), ajoutée à un système comme mode de paiement direct, donna des résultats impressionnants. On estime que, dès 1962, plus de 97 pour-cent de toutes les personnes qui résidaient légalement en Ontario étaient assurées et pouvaient bénéficier des services hospitaliers.

La Nouvelle-Ecosse, le Québec et le Nouveau-Brunswick lancèrent leurs programmes de services hospitaliers en utilisant les revenus généraux et en augmentant la taxe sur les ventes et laissèrent de côté le système des primes.

En 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé définissait "les arrangements de paiements antérieurs comme comprenant" (a) le financement dans une province au moyen de primes, les primes subventionnées, les taxes sur les ventes et autres, les suppléments provenant des revenus généraux des provinces, et (b) le financement à l'aide d'octrois fédéraux compte tenu des besoins fiscaux provinciaux." (La Commission considérerait ainsi "les primes" comme une forme de taxe.) La Loi des soins médicaux était basée sur le même principe de protection universelle que celui du programme d'assurance-hospitalisation, mais, par cette loi, le degré minimum de "protection universelle" était établi à 90 pour-cent pour les trois premières années et à 95 pour-cent par la suite; c'était les conditions requises pour une province pour qualifier pour recevoir la contribution fédérale. Ces normes sont toujours en vigueur.

Dans les sept provinces qui ne se servaient pas du système de primes, les conditions de l'universalité ne posaient évidemment pas de problèmes.

Pourtant, durant les audiences publiques, je fus surpris du nombre de griefs relatifs à la quantité de personnes qui, selon des groupes communautaires et les porte-paroles de médecins et d'hôpitaux, n'étaient pas assurées dans les trois provinces de l'Alberta, de la Colombie Britannique et de l'Ontario qui prélèvent toujours des impôts sur les primes.

Pour améliorer l'impact économique de l'aspect le plus négatif des primes (qui sont, en réalité, une forme de "taxe par personne"), les trois provinces ont enlevé les primes aux personnes âgées et à d'autres citoyens sans revenus taxables et ont diminué les primes à ceux dont les revenus sont à peine impossibles.



l'on utilisait durant la période précédant le plan d'hospitalisation ou que l'on utilise maintenant dans les hôpitaux américains. La plus grande différence vient du fait que, dans les hôpitaux des États-Unis, la facture de chaque malade doit être détaillée, ce qui veut dire que le coût de chaque service, sauf celui des services fondementaux, doit être indiqué à part. Au Canada, la totalité du budget annuel des hôpitaux est négocié et payé régulièrement en versements semi-mensuels; il n'y a donc pas besoin d'énumérer les services avec leur prix, et on réalise de grosses économies.

En ce qui touche aux frais d'administration résultant de l'opération des cabinets de docteurs on ne dispose pas de données que l'on puisse comparer; cependant, il est intéressant de savoir que, lors d'une enquête faite par Mathematica<sup>2</sup>, une société d'experts-conseils, sur le programme de soins médicaux du Québec, les chercheurs observeront que l'une des raisons possibles qui expliquent pourquoi les généralistes du Québec se servent de moins d'assistants que leurs collègues américains vient de la simplicité relative des méthodes de facturation du système d'assurances du Québec.

## V. Protection universelle

La protection universelle, définie par la Commission royale d'enquête en 1964, veut dire "que des services de santé adéquats seront disponibles à tous les Canadiens peu importe l'emplacement de leur domicile et l'état de leurs ressources financières, dans la cadre des limites imposées par des facteurs géographiques." Deux facteurs sont mis en évidence ici, à savoir: (1) le droit légal aux avantages du programme, et (2) l'accessibilité géographique.

La question du droit légal aux avantages du programme dépend évidemment en premier lieu de la définition du lieu de résidence. Les gouvernements fédéral et provinciaux ont eu à ce sujet des négociations satisfaisantes quoiqu'il semble y avoir des problèmes d'administration dans la mise en pratique du programme, problèmes qui affectent les étudiants, les voyageurs, les personnes de passage, les médecins locaux et les services de malades non hospitalisés. On a traité ce sujet dans la paragrahe intitulé "Portabilité".

Le second aspect du système de protection universelle dépend de la méthode de financement du programme.

Comme on l'a vu, les programmes gouvernementaux ont simplement tiré profit des précédents créés par les régimes de paiements anticipés et par l'industrie de l'assurance en adoptant la méthode au Canada, le Programme des services hospitaliers de la Saskatchewan, avait l'avantage de compter sur un réseau uniforme de municipalités (dont une grande partie avait acquis des années d'expérience dans l'administration des régimes hospitaliers municipaux); de plus les associations municipales avaient non seulement demandé l'implantation sans délai d'un vaste programme provincial, mais elles s'étaient proposées de faire la collection des primes nécessaires (appelées en Saskatchewan "la taxe d'hospitalisation"). Le système était vraiment très efficace.

Il faut reconnaître qu'un programme gouvernemental universel comporte le paiement obligatoire d'une taxe, comme dans le cas de l'instruction publique universelle, que les services soient utilisés ou non. L'aspect coercitif est mis à l'épreuve lorsqu'il s'agit de savoir si ceux qui ne paient pas l'impôt peuvent être poursuivis en justice.

La deuxième province à implanter un programme d'intention universelle fut la Colombie Britanique et, là aussi, on commença avec le système des primes. Mais, comme le programme n'avait pas à

<sup>2</sup> *Study of the Responses of Canadian Physicians to the Introduction of Universal Medical Care Insurance*, Mathematica Policy Research Inc., Princeton, New Jersey.

le type de taxation adopté. Si l'on emploie le système de primes (et il faut remarquer que le terme "prime" utilisé par les gouvernements est un euphémisme pour "taxe par personne", mais c'est néanmoins une taxe) les frais de l'administration centrale sont plus élevés que si tous les fonds provenaient des recettes générales. En Saskatchewan des employés municipaux percevaient les primes et ils recevaient une commission de cinq pour-cent; ces frais furent éliminés lorsqu'on abandonna le système des primes. Lorsque la Colombie Britannique passa du système des primes au financement par les taxes sur les ventes en augmentant de trois à cinq pour-cent les taxes sur les ventes pour l'implantation de son régime d'hospitalisation, les économies réalisées par la suppression de 300 emplois d'administrateurs et d'employés de bureau furent minimes, étant donné qu'elles furent annulées par une augmentation de deux-tiers des commissions payées aux marchands de détail pour percevoir le supplément de taxes sur les ventes. D'autre part, l'adoption du financement par les impôts sur le revenu n'entraînerait aucune majoration du coût de la perception des impôts. Qu'est-ce que le Canada a accompli avec le régime d'assurance-hospitalisation et le Programme des soins médicaux? Si on compare ces deux régimes avec des accords conclus avant ces deux programmes, ou avec des expériences simultanées faites aux États-Unis, les résultats ne manquent pas d'être frappants. Les frais d'administration de régimes d'hospitalisation et de soins médicaux dans les dix provinces sont de 2,3 pour-cent. Si l'on estime à 0,2 pour-cent les frais de location et d'entretien de bureaux (frais payés d'habitude par le Ministère des travaux publics) les *Canadiens dépensent à des services de santé 97,5 cents de chaque dollar réservé au domaine de la santé* et 2,5 cents seulement pour les bénéfices des paiements anticipés. L'expérience avant 1958 se résume de cette façon:

Genre d'assureur	La Croix-Bleue	Commercial (groupe)	Commercial (individuel)	Coopératives
Prestations en % des primes	85	76,5	58,2	85,8
Primes en % des prestations	118	130	170	116

Actuellement, par suite de l'emploi d'ordinateurs et de méthodes plus rationalisées, ces chiffres seraient sans doute plus bas. On peut dire que l'expérience canadienne serait maintenant semblable à celle des États-Unis.

En ce qui concerne les États-unis, les données les plus récentes révèlent que le pourcentage des frais d'administration et de la totalité des frais s'établissait de cette façon: organisations bénévoles, 6,97 pour-cent; et, compagnies d'assurances commerciales, 17,99 pour-cent. On peut arrondir les chiffres à 7 pour-cent et 18 pour-cent respectivement,<sup>1</sup> ce qui veut dire que, selon le choix de l'assurance, seulement 93¢ ou 82¢ de chaque dollar réservé à la santé sont réellement disponibles pour les services de santé, ce qui indique que les avantages du système de paiement par anticipation sont dans l'ensemble bien plus élevés.

Le système canadien réussit en outre à diminuer fortement les frais d'administration par l'emploi dans les centres commerciaux des hôpitaux de systèmes de comptabilité plus simples que ceux que

<sup>1</sup> États-Unis, Ministère de la santé, de l'éducation et du bien-être social, "Health Care Financing Review" (automne 1979).

Les pédiatres les chirurgiens pratiquant la chirurgie pédiatrique m'ont dit que la fermeture des lits durant les mois d'été est détriminaire surtout aux enfants. Les parents et les tuteurs dont les enfants doivent être opérés choisissent les mois d'été pour les consultations et les soins à donner à leurs enfants.

Le problème est plus grave lorsque les fermetures surviennent dans des hôpitaux tertiaires ou de base. C'est à ces hôpitaux que vont les enfants qui ont des problèmes difficiles et peu communs. Il doivent parfois parcourir de très grandes distances et ils sont déçus lorsque les arrangements faits plusieurs mois à l'avance sont annulés sans avertissement préalable à cause d'un manque de lits.

Les gouvernements devraient accorder aux hôpitaux tertiaires et de base un budget qui leur permettrait de soigner ceux qui ne peuvent pas se faire entendre, à savoir les perturbés émotionnels et les enfants. Un autre griet relatif à l'accessibilité a trait à la limitation des admissions dans les services de secours et les salles d'urgence des hôpitaux. Les portes des services de secours devraient certainement rester ouvertes vingt-quatre heures par jour, à l'année longue. On ne se contenterait pas de moins. Les gouvernements qui approuvent le Programme national de santé et en demandent la continuité doivent faire preuve de constance et ils ont la lourde responsabilité d'allouer des fonds suffisants à ce service.

## L'Administration publique

Durant les audiences publiques que j'ai présidées, un certain nombre de mémoires ont demandé le retour du système au "marché libre".

Les implications d'un tel changement de politiques sont sérieuses. A des fins de discussion, si on admet que le coût général de l'administration des compagnies d'assurance canadiennes et des régimes bénévoles atteint la moyenne du coût de l'administration de ces deux genres de régimes aux États-Unis (environ 12,5 pour-cent), l'augmentation nette du coût de l'administration en 1979 du Programme de soins médicaux, seul, serait alors de 10 pour-cent (12,5% - 2,5%) de 2,772 milliards de dollars ou 27,7 millions de dollars de plus.

Deux sources sont disponibles pour combler ce coût supplémentaire: soit une augmentation des impôts, ou une baisse des honoraires du médecin, ou une combinaison des deux. Il y aurait d'importants frais additionnels, comme l'a fait remarquer la Commission royale d'enquête en 1964, par exemple, le coût de l'évaluation des avoies personnels de ceux qui ont besoin de subventions. La Commission rejeta la proposition à cette époque-là non seulement sous prétexte d'une majoration des frais d'administration mais aussi à cause d'un plus grand degré d'incompétence inévitable, comme le prouve l'expérience dans plusieurs provinces avant l'implantation du Programme de soins médicaux. Je ne vois aucune raison pour gaspiller plus d'argent maintenant dans l'administration générale qu'à cette époque-là.

Dans tout arrangement pour payer à l'avance le coût des services de santé soit par l'assurance commerciale, les régimes du type de services payés à l'avance ou par les programmes gouvernementaux, on s'inquiète surtout du coût supplémentaire de l'administration des fonds mis en commun. La question fondamentale est la suivante: "De combien le coût des services de santé s'élève-t-il pour les avantages que donne cette méthode de payer à l'avance?" Dans les régimes d'assurance commerciale et de paiements anticipés ce coût est simplement la différence entre la valeur en dollars des primes ramassées et la valeur en dollars des prestations versées. Cette somme couvrira les frais de participation, les frais d'administration et, dans le cas de l'assurance commerciale, la commission des vendeurs, les impôts et les bénéfices. Une partie des frais ne sera pas dévolue tels que les frais encourus par les employeurs qui justifient et transmettent les primes à l'acquit de leurs employés. Lorsqu'il s'agit d'un programme gouvernemental, les comptes sont plus complexes et varient selon



d'un programme de soins médicaux, de ne puis pas dire que cette pratique soit mauvaise, quoique les habitants des trois provinces où le système des primes est toujours en vigueur aient demandé fortement l'abolition de ce système. Je crois qu'il ne serait pas avisé de se hâter de faire en ce moment une telle recommandation.

Je suis d'avis cependant que, par suite de l'amélioration de la situation économique au Canada, les trois provinces en question devraient songer sérieusement à abandonner le système des primes; cela pourrait se faire par étapes successives d'une année à l'autre pendant, disons, une période de cinq ans; de cette façon, tous les Canadiens auraient accès à un même plan qui assurerait leur protection. D'après ce que j'ai entendu dans ces trois provinces, il n'y a pas de doute que quelques résidents, sinon plusieurs, se sentent privés de l'accessibilité, et en fait le sont, à cause de leur position et condition économique.

L'accessibilité est aussi rendue plus difficile à quelques-uns par l'imposition de frais soi-disant autorisés de salle d'hôpital, et ceci malgré de généreuses exemptions accordées à différentes catégories de malades dans les provinces qui imposent de tels frais, à savoir: Terre-Neuve, le Québec, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie Britannique. Cette politique et cette pratique de l'imposition de frais de salle d'hôpital est une réalisation du concept "**coût à l'usager**", concept contraire au principe et à l'esprit du Programme national de santé préconisé par la Commission royale d'enquête en 1964 et implanté par la *Loi des soins médicaux* de 1966.

On a souligné *l'accessibilité* (autre que géographique) et on en a discuté sous deux en-têtes, à savoir:

(1) la pratique des honoraires additionnels par les médecins et

(2) dans ce chapitre dans le cadre de l'imposition de primes et de frais de salles d'hôpital.

Il ne faut pas en déduire que le problème de l'accessibilité n'englobe que ces deux éléments. Il existe un autre élément d'importance qui prive bien des malades de soins urgents et nécessaires. Cette situation provient de la fermeture de lits pendant deux mois tous les étés, parce que les hôpitaux n'ont pas assez de fonds pour embaucher des infirmières pour remplacer celles qui prennent leurs vacances durant ces mois d'été. La pratique et la politique des gouvernements provinciaux est d'allouer un budget déterminé à un hôpital. L'hôpital doit alors opérer dans les limites de ce budget, ce qui a obligé les hôpitaux à modifier leurs opérations, à diminuer les dépenses et à supprimer des services là où ils le pouvaient. Lorsqu'il fallait choisir entre plusieurs alternatives, il était courant de fermer des lits et même des salles entières. Ce n'est pas une bonne politique. Beaucoup de médecins surtout des pédiatres et des psychiatres ne l'approuvent pas et ils m'ont fait part de leurs griefs à ce sujet. Ils n'en rejettent pas la faute sur les hôpitaux mais sur les gouvernements provinciaux qui, en limitant le budget des hôpitaux savent qu'une des conséquences sera la fermeture de lits, et les gouvernements déclinent toute responsabilité disant que c'est l'hôpital qui décide la fermeture des lits.

Obligés de fermer des lits, les hôpitaux se rabattent sur les lits des salles de psychiatrie et de pédiatrie. Le résultat de cette pratique fut résumé dans un mémoire que me présenta un psychiatre de renom, qui, en commentant la fermeture de lits dans un hôpital disait:

"Il n'y a pas de doute, tout psychiatre, littéralement, passe par un moment d'agonie lorsqu'il doit choisir parmi ses malades ceux qui risquent de se suicider et qui par conséquent devraient être hospitalisés à un moment où peu de lits sont disponibles. Je crois que je puis affirmer sans contradiction aucun qu'il n'y a pas de psychiatre exerçant qui ne se sente pas quelque peu coupable parce qu'il n'a pas fait entrer à l'hôpital, parce qu'il n'y avait pas suffisamment de lits, un malade qui s'est suicidé. Nous faisons tous des erreurs, mais quand on en fait une de cette taille, nous devons en supporter les conséquences le restant de nos jours."

Dans sa première recommandation, la Commission a énuméré les services que devrait comprendre un programme complet. Les voici :

- Services médicaux
- Services dentaires aux enfants, aux mères enceintes, et aux bénéficiaires de l'assistance sociale
- Services d'ordonnances
- Services d'optique pour les enfants et les bénéficiaires de l'assistance sociale
- Services de soins à domicile
- Services de santé mentale

Parmi les principes que la Commission a jugé fondamentaux dans ses recommandations se trouvait celui qui stipulait que "les services de santé à donner à la personne doivent être universellement mis à la disposition de tous les citoyens dans des conditions uniformes pour tous."

En revenant en arrière, il est extraordinaire de remarquer avec quelle rapidité les gouvernements fédéral et provinciaux sont passés à l'action à la suite des recommandations de la Commission. Dès le début de 1971, des programmes de services médicaux opéraient dans toutes les provinces et dans les territoires. En réalité, pour des centaines de milliers de Canadiens, sinon pour des millions, les barrières d'accès aux "fruits des sciences médicales" étaient enlevées.

À la suite de la croissance rapide de nos ressources hospitalières dans les années cinquante et soixante et compte tenu du potentiel médical dans les années soixante-dix, la signification du mot "étendue" se trouva grandement renforcée par la disponibilité d'un personnel qualifié et des ressources des hôpitaux et de la technologie.

Cependant, dans les mêmes années et surtout depuis 1978, le sens du mot "étendue" subissait un réajustement. On saut dans le Québec et en Colombie Britannique lorsque des médecins commencent à demander des honoraires additionnels à quelques-uns de leurs patients. Les deux plaies constituées par l'évaluation des avoirs personnels par les médecins et la discrimination du coût des services médicaux, plaies que l'on croyait extirpées pour toujours, recommencent à se propager à un rythme inacceptable. Un programme dont les prestations ne correspondent pas au coût des services fournis ne peut, en aucune façon, être considéré comme complet et il ne peut pas non plus être disponible dans des conditions identiques pour tous. La pratique des honoraires additionnels viole ainsi les principes fondamentaux du programme national de santé.

### III. Accessibilité

Le sujet de l'accessibilité acquiert plus d'importance dans les provinces qui reçoivent des primes de leurs habitants, comme en Ontario, en Alberta et en Colombie Britannique.

L'omission de payer les primes n'enlève pas automatiquement la protection à un habitant mais, ce qui a été souligné à l'audience d'Ottawa et ailleurs, est le fait que beaucoup de personnes qui ont des arrérages ignorent qu'elles ont le droit d'être exemptées de paiement après en avoir fait la demande à la Commission de l'Ontario. Je ne vois pas comment on peut sortir de cette situation difficile aussi longtemps que l'on exigera des primes.

Le droit à l'exemption varie dans le cas de bon nombre de citoyens qui n'ont pas droit automatique à la protection, comme les retraités de vieillesse et les bénéficiaires de l'assistance sociale. Dans son rapport de 1964, la Commission royale d'enquête a accepté le fait que le système de primes constituerait un moyen légitime pour une province de ramasser des fonds pour le financement



d'être qui desservent quantité de personnes de passage. L'ampleur du problème fut soulignée par le Centre de services communautaire du Centreville et élevée également par le Centre de services communautaire de Dalhousie à l'audience d'Ottawa.

Il existe en ce moment un Comité consultatif fédéral-provincial sur les Services de soins donnés par les médecins et par les institutions. Ce comité rend compte de ses travaux au Congrès fédéral-provincial des sous-ministres.

Il me paraît à propos de citer quelques passages d'une lettre reçue de l'Hon. Dennis R. Timbrell, Ministre de la santé de l'Ontario. Il écrit:

"Le Comité consultatif mit en vigueur l'accord fédéral-provincial sur l'éligibilité et la portabilité qui traite des problèmes que rencontrent les Canadiens lorsqu'ils se déplacent d'une province à l'autre. Cet accord donna naissance au Fonds supplémentaire d'assurance-santé et, depuis le 1er juillet 1972, le Fonds a couvert les paiements de ceux qui, sans que la faute ne leur soit imputable, se trouvaient sans assurance pour payer leurs factures.

Le Comité consultatif prépare également un accord qui éliminera les paiements directs des services hospitaliers reçus par les personnes non hospitalisées. Je suis persuadé que cet accord sera d'une grande utilité pour les personnes qui voyagent, étant donné qu'elles reçoivent la plus grande partie des services hospitaliers dans les salles d'urgence.

J'aimerais que le Comité consultatif essaie de trouver des solutions aux problèmes de portabilité qui vous ont été soumis. Le comité fixe son horaire de travail et il pourrait commencer son étude avec un retard minimum. Toutes les provinces aimeraient, j'en suis sûr, améliorer le système de paiement des personnes qui voyagent."

D'autres ministres provinciaux de la santé m'ont fait des promesses semblables.

J'admets qu'il y aura des différences entre plusieurs tarifs provinciaux, mais il ne serait quand même pas impossible ni même difficile aux ministres de la Santé des provinces et des territoires de créer un système qui fasse en sorte que les personnes assurées dans une province le soient également dans toutes les autres provinces. De cette façon, la partie du programme de santé serait vraiment nationale et l'anxiété des citoyens qui tombent malades ou qui exigent des services lorsqu'ils s'absentent temporairement de chez eux s'en trouverait diminuée.

***Je recommande que les ministres provinciaux et leurs collègues des Territoires se rencontrent afin de résoudre ce problème qui est un vrai casse-tête pour bien des Canadiens.***

## II. Étendue

Le Rapport de la Commission royale d'enquête a mis en évidence dans le Volume 1, à la page 10, ce que l'on appelle le paradoxe de notre époque: le fossé immense qui sépare d'un côté la connaissance scientifique et le talent et de l'autre leur mise en pratique au bénéfice de l'humanité par le truchement d'accords financiers et d'organisations relatives.

Notre Examen a révélé ce qui pourrait être un autre paradoxe venant du fait que nous avons comblé une bonne partie de ce fossé en l'espace de 16 ans sans nous faire oublier qu'il y a encore un long chemin à parcourir.

Dans la Charte de la Santé, la portée de l'adjectif "complet" s'étend à "tous les services de santé de prévention, de diagnostic, de guérison et de réhabilitation que les sciences modernes, médicales et autres, peuvent procurer."

## CHAPITRE 4

### Les Normes Nationales

#### I. Portabilité

J'ai reçu de nombreux mémoires traitant du fait que par suite du manque d'uniformité des tarifs entre les provinces, que les citoyens d'une province qui tombaient malades ou qui nécessitaient des services médicaux ou hospitaliers dans une autre province ont trouvé :

- Qu'ils ont dû payer le fournisseur sur le champ
- Qu'il n'y avait pas de réciprocité entre les provinces en matière de frais assurés
- Qu'à leur retour dans leur province de résidence ils ont eu de la difficulté et il ont dû attendre longtemps pour se faire rembourser la totalité ou une partie des dépenses encourues durant leur absence de chez eux
- Que lorsque leur propre docteur les adressait à un spécialiste dans un autre province, ils ne recevaient qu'une partie du remboursement calculé d'après les tarifs de la province de résidence.

La portabilité est liée à la fois au "droit" aux prestations et à "la totalité de la protection." Le premier élément tient compte de la validité de la protection d'une personne lorsqu'elle se déplace d'une province à l'autre ou lorsqu'elle voyage en dehors de sa province; le deuxième se rapporte à la valeur des prestations permises par rapport aux dépenses encourues.

Du point de vue de la loi, le premier point a été réglé par le consensus fédéral-provincial englobé dans les lois respectives sur les soins de santé. La loi précise la notion de résidence, fixe la durée maximale des périodes d'attente (3 mois) requises pour avoir droit aux prestations lorsqu'on se déplace dans une autre province et stipule que les personnes assurées qui ont émigré doivent garder leur statut de personnes assurées pendant trois mois. Les personnes assurées restent assurées durant leur absence temporaire de la province.

La question de la portabilité dépend également du coût des services de santé reçus dans une autre province ou en dehors du Canada et cette question pose souvent de sérieux problèmes à ceux qui voyagent aux États-Unis où le coût des services médicaux et hospitaliers est généralement plus élevé. Dans la majorité des programmes provinciaux, le maximum des prestations à recevoir à l'extérieur d'une province est fixé d'après le montant que l'on paierait aux fournisseurs de la province de résidence. Lorsque les transactions entre provinces limitrophes sont fréquentes, de nombreux régimes provinciaux ont conclu des contrats avec des fournisseurs d'une autre province, de telle sorte qu'on ne pense pas qu'on puisse faire davantage de ce côté-là.

Les problèmes majeurs semblent se concentrer sur l'administration, surtout lorsqu'il s'agit de prouver que l'on est assuré, comme dans le cas de personnes non-assurées originaires de l'Ontario et qui cherchent à se faire soigner dans l'Île du Prince-Édouard, ou tout simplement lorsqu'il s'agit de malades qui n'ont pas sur eux leur carte d'assurance, ou s'ils l'ont, qui n'ont pas payé leurs dernières primes et dans ce cas ils ne sont pas assurés. Un grand nombre de docteurs et d'hôpitaux ont résolu leurs problèmes en exigeant des paiements à l'avance, mais cela crée des problèmes pour les malades.

Le problème est aussi d'importance pour les docteurs, les hôpitaux ou les centres communautaires de santé situés à l'intérieur des grandes villes, dans les centres touristiques et les stations

TABLEAU 11

Population, et population pour chaque médecin civil en activité, Canada, par province, le 31 décembre 1978

	Population ( '000)	Population pour chaque médecin civil en activité			
		Médecin de famille et généralistes	Spécialiste	Tous les médecins sauf les internistes et les médecins d'établissements	Tous les médecins sauf les internistes et les médecins d'établissements
Terre-Neuve	572.9	1,377	2,502	888	708
Ile du Prince- Edouard	122.3	1,344	2,352	855	832
Nouvelle-Ecosse	845.4	1,206	1,523	673	549
Nouveau-Brunswick	699.2	1,748	2,132	960	890
Québec	6,289.6	1,522	1,138	651	542
Ontario	8,479.9	1,250	1,328	644	529
Manitoba	1,029.9	1,310	1,409	679	559
Saskatchewan	952.5	1,248	2,131	787	678
Alberta	1,985.2	1,417	1,622	756	627
Colombie Britan- nique	2,555.8	1,071	1,261	579	528
Yukon	21.8	948	4,360	779	779
T.N.O.	43.1	1,437	3,918	1,051	1,051
Canada	23,597.6	1,317	1,347	666	559

Sources: Médecins -

Population - Evaluations de la population faites après le recensement pour le Canada et les provinces, le 1er janvier 1979. Statistiques du Canada.

TABLEAU 10

Revenus moyens de groupes choisis de professionnels, Canada, 1957, 1971, 1978

	Médecins (1)	Avocats, Dentistes etc. (2)	(Salaires et gages hebdomadaires) x 52 (3)
Revenu moyen (\$)			
1957	13,978	12,169	3,531
1971	39,555	24,533	7,157
1978	54,610 (4)	43,035 (5)	13,799
Pourcentage des changements (%)			
de 1957 à 1971	183.0	101.6	102.7
de 1971 à 1978	38.1	75.4	92.8
de 1957 à 1978	290.7	253.6	290.8
Indice (médium = 100)			
1957	100.0	87.1	25.3
1971	100.0	62.0	18.1
1978	100.0	78.8	25.3

(1) Revenu net moyen provenant de toutes sources possibles des médecins indépendants susceptibles de payer des impôts. Source: Taxation Statistics, Imposition des revenus au Canada.

(2) Moyenne pondérée des revenus nets provenant de toutes sources possibles des professionnels suivants travaillant à leur compte et susceptibles de payer des impôts: avocats, dentistes, comptables, ingénieurs et architectes. Source: Taxation Statistics.

(3) Gages et salaires moyens hebdomadaires (ouvriers de différentes industries). Source: Statistical Review (plusieurs années), Statistiques du Canada.

(4) Préliminaires. On ne pense pas que les chiffres définitifs soient disponibles avant juillet ou août 1980.

(5) Chiffres préliminaires en ce qui concerne les avocats, les dentistes et les comptables. Dans le cas des ingénieurs et des architectes, les chiffres sont estimatifs.



idées mises en évidence dans cet article. Les femmes doivent être équitablement représentées au sein de la commission d'enquête.

Il faut que l'enquête sur les effectifs soit aussi approfondie que celle faite en 1964 par le professeur Judek pour la Commission royale d'enquête.

de la communauté, conception mise traditionnellement en valeur par les femmes. Ce n'est qu'en réclamant et en donnant une nouvelle définition à l'interdépendance qui est nécessaire entre les soins et la guérison que les droits et les besoins de la femme seront respectés et que l'égalité de tous les Canadiens par rapport aux soins de santé sera réalisée.

Pendant de nombreux siècles, ce furent surtout les femmes qui prodiguèrent les soins de santé. Comme sages-femmes, comme "femmes à connaissances étendues" dans le village, dont les talents dans le domaine de la guérison étaient reconnus dans la communauté, elles possédaient en fait des talents réels dans ce domaine et elles les partageaient volontiers avec les membres de leur communauté et les transmettaient d'une génération à l'autre. Dans le domaine de la guérison les femmes mettaient l'accent sur les remèdes naturels et sur le traitement global, approprié à tout le corps. Elles étaient disposées à venir en aide aux pauvres, connaissaient de prime abord les maladies des femmes et leur système de reproduction et avaient tendance à se pencher vers les besoins de la communauté.

Elles étaient les docteurs et les anatomistes sans diplômes dans l'histoire des pays occidentaux. Elles étaient les pharmaciennes qui cultivaient les herbes médicinales et qui se partageaient les secrets de leur emploi. Elles étaient les sages-femmes qui voyageaient de maison en maison et d'un village à l'autre. Pendant des siècles les femmes furent les médecins sans diplômes à qui l'on interdisait les livres et les conférences; elles augmentaient leur savoir par la fréquentation mutuelle, transmettaient leur savoir-faire entre voisines et de mères en filles. On les considérait comme "des femmes qui en savent long" par les sorciers du village et comme des charlatans par les autorités publiques.

Avec l'importance grandissante de la "science" médicale et du professionnalisme, les femmes furent exclues et de l'apprentissage et de la pratique de la médecine. Les représentants du sexe fort de la haute classe, formés à l'université, remplacèrent les femmes pour prodiguer les soins de santé essentiels. Les progrès de la technologie en médecine diminuèrent l'influence des femmes qui s'étaient instruites elles-mêmes dans l'art de guérir et laissèrent aux femmes le soin de servir plutôt que de faire des diagnostics et de faire les traitements. Les femmes rétrogradèrent d'une position d'indépendance et de savoir à une situation de subordination presque totale. Les guérisseuses devinrent un article lucratif de consommation mis sur le marché par les entrepreneurs masculins de produits sanitaires. Les soins de santé perdirent de leur concentration sur l'ensemble des besoins de l'individu, sur l'équilibre nécessaire entre le bien-être physique, mental et social.

Au Canada comme en Europe les premiers fournisseurs de soins de santé furent des femmes. Jouant le rôle de "femmes qui en savaient long" et qui avaient à cœur l'esprit communautaire dans les agglomérations de blancs et d'autochtones ou considérées comme des religieuses infirmières associées aux ordres religieux, les femmes utilisaient des remèdes naturels et prodiguaient des soins concentrés sur le bien-être du malade afin de maintenir et de restaurer la santé. Les femmes faisaient corps avec un pays en plein développement et étaient considérées comme des guérisseuses très populaires et bien en vue.

Cependant, avec l'expansion industrielle, l'exode des familles vers la ville et l'organisation de la profession médicale, la tâche à caractère communautaire des travailleurs féminins de la santé fut sapée. Des hôpitaux furent construits grâce à des subsides provinciaux; les règlements médicaux devinrent de plus en plus sophistiqués; et la connaissance de l'art médical devint le monopole d'étudiants formés dans les collèges de médecine.<sup>33</sup>

L'enquête que j'ai recommandée sur les effectifs doit tenir compte de ce point de vue et d'autres

Il ne m'appartient pas de faire un choix entre les différentes évaluations faites pour déterminer, sur une base nationale, les revenus bruts et nets des médecins. Les revenus provinciaux sont tels qu'ils s'appliquent uniquement à une province et il n'y en a pas deux qui soient absolument identiques. Les conseils d'arbitrage provinciaux auront en dernier ressort la tâche de déterminer si les chiffres actuels des revenus sont adéquats ou non.

## Le potentiel médecin

Je ne peux pas terminer ce chapitre sans faire allusion à l'inquiétude grandissante manifestée par des docteurs qui s'attendent à recevoir des revenus "raisonnables" et au cas où les gouvernements provinciaux établiraient, pour le paiement de fournitures individuelles, des barèmes qui garantissent ces revenus, on doit considérer comme un fait acquis que chaque docteur ait une bonne clientèle de malades nécessitant des soins médicaux. On doit supposer que des mesures ont été prises pour équilibrer le potentiel médecin avec la demande des services. Si le nombre de médecins dans une région est trop élevé, on exercera des pressions sur le gouvernement provincial pour qu'il relève inuitement le niveau des paiements de façon à ce que les docteurs reçoivent les revenus espérés. On doit faire face au dilemme causé par le potentiel médecin, sinon il y aura aggravation du conflit entre les docteurs et les agences de paiement provinciales au sujet de l'échelle des tarifs.

## Etude des effectifs

En conséquence je recommande que les gouvernements du Canada, des provinces et des territoires prennent rapidement des mesures pour créer et financer une enquête sur les effectifs médicaux, de concert avec l'Association médicale canadienne. Actuellement, la proportion nationale est d'un médecin pour 666 citoyens, comme le montre le tableau I.1. Si le rythme actuel d'admissions dans la profession se maintient, la proportion en l'an 2000 pourrait très bien être d'un médecin pour 300 citoyens. Cette proportion créerait une telle situation qu'il serait impossible à une province d'accepter le nombre de médecins espérant toucher le même revenu que recevoient les médecins qui exercent dans une région où la proportion médecin-population est bien plus élevée. De nos jours, on s'inquiète déjà quelque peu du fait que quelques régions ou quelques villes du Canada vont bientôt avoir un excès d'effectifs médicaux. Il s'agit d'un domaine auquel la commission d'enquête sur les effectifs que je recommande doit prêter sans délai une attention toute spéciale. Cette enquête qui, à mon avis, s'avère très urgente doit également étudier le problème de l'insuffisance de personnel dans certaines spécialités comme l'anesthésie, la psychiatrie et l'ophtalmologie. Il faut encourager le développement de ces spécialités qui souffrent en ce moment d'un manque de personnel et il faut également favoriser leur implantation et leur maintien dans les régions mal desservies.

Je recommande que les doyens des facultés de médecine participent à cette enquête sur les effectifs afin de s'occuper surtout des anesthésistes, des ophtalmologistes et des psychiâtres. Il se peut que la situation des effectifs soit affectée par le nombre croissant de femmes qui embrassent la profession. Les registres d'inscription indiquent un nombre croissant de femmes diplômées. Il s'agit de savoir combien pratiqueront à plein temps ou à temps partiel et avec quelle facilité elles pourront changer de domicile. On ne connaîtra pas la réponse avant quelques années. L'enquête sur les effectifs dont nous avons parlé devra s'occuper de ce fait en tenant compte de l'opinion des femmes.

*Le Conseil consultatif canadien sur le statut des femmes* a présenté un mémoire qui constitue une condamnation sévère des services de santé relatifs aux femmes. Voici une partie de ce mémoire:

"Cette tendance orientée vers la guérison, en cas de maladie, qui a pris une importance si considérable dans le système actuel de soins de santé nie totalement les exigences sanitaires des femmes et dénie cette conception des soins de santé basée sur la prévention et l'intérêt

(c) Que les taxes fédérales de ventes imposées sur l'achat de fournitures par les médecins indépendants dans l'exercice de leur profession soient éliminées.

## L'Enquête Wolfson

J'ai chargé A.D. Wolfson, R.G. Evans et J. Lomas de mener une enquête sur les revenus des médecins. Cette enquête, comparée à une enquête similaire faite en mars 1980 par le Ministère de la santé nationale et du bien-être social et aux chiffres et commentaires contenus dans un article soumis par l'Association médicale canadienne et comparée surtout à une enquête sur les revenus des sciences économiques de l'Université Queen's, Kingston, en arrive à la conclusion que tous les chiffres employés en réalité et produits après discussion, sont tout au plus estimatifs. Ils varient d'une région à l'autre, d'une province à l'autre et d'après l'année qui a servi de point de départ aux calculs. Il n'en reste pas moins que les revenus des médecins sont les plus élevés chez les professionnels. Ils attirèrent leur plus haut point en 1971 comme le souligne le rapport Wolfson. L'implantation du Programme de soins médicaux en 1970 y fut pour quelque chose, il n'y a pas de doute, mais d'autres facteurs entrent en jeu.

À la page 31 du rapport Wolfson, je trouve ce qui suit:

"Une étude des revenus des médecins qui exerce dans le cadre du Programme de soins médicaux donne deux conclusions apparemment contradictoires. D'un côté, il est clair que l'implantation du Programme de soins médicaux a un impact vraiment positif à court terme sur la moyenne des revenus des médecins canadiens. Cependant il est aussi évident que dans la période qui suivit l'affermissement des programmes d'assurances provinciaux, c'est-à-dire vers le milieu des années soixante-dix, les revenus de médecins perdirent du terrain à la fois en fonction du pouvoir d'achat et par rapport aux salaires d'autres professionnels et contribuables en général. Récemment, cette tendance s'est modifiée ou s'est renversée; ces dernières années les salaires des médecins ont augmenté plus rapidement que ceux d'autres professionnels et semblent maintenant marcher de pair avec l'inflation."

L'Association médicale canadienne fait du rapport Wolfson le commentaire suivant:

"La plus grande partie du Rapport met en valeur une opinion favorisant l'idée que les indices dont on se sert d'habitude pour évaluer les revenus des médecins fournissent des chiffres estimatifs en dessous de la moyenne et que l'on devrait choisir une nouvelle méthode pour savoir qui est médecin à plein temps et pour évaluer la moyenne des revenus de cette catégorie de médecins.

Nous avons, avec les années, examiné toutes les listes de revenus produites et pas une ne donne entière satisfaction. L'Association médicale de l'Ontario, par exemple, a utilisé à des fins de répartition d'honoraires une liste avec un revenu net de base de \$20,000. Les membres de l'Association qui pratiquent la médecine générale ont critiqué cette liste parce qu'ils font remarquer, en se basant sur leur expertise, qu'elle exclut quelques médecins qui sont généralistes à plein temps.

Vous devez savoir que, parmi les professionnels qui exercent, nous avons des docteurs qui consacrent à l'exercice de leur profession, relativement peu d'heures par semaine, dont les services sont sous utilisés mais qui, en fait, se considèrent comme praticiens à plein temps. Vous devez savoir également que nous avons dans la profession un nombre "d'acharnés" qui travaillent de très longues heures et qui dans certains cas fournissent autant de services que deux autres praticiens travaillant à plein temps dans leur spécialité respective. A notre avis il n'y a pas de méthode qui tienne vraiment compte de ces extrêmes lorsqu'on évalue les revenus."



ne pas participer au programme) le droit d'imposer des honoraires additionnels.

Les docteurs qui exigent des honoraires additionnels, où qu'ils voudraient adopter cette pratique, ne peuvent pas, à mon avis, prétendre être victimes de discrimination ou ne pas recevoir de rémunération adéquate. La marche à suivre que je recommande leur donnera l'assurance que tous les docteurs recevront une rémunération adéquate en échange de leurs services.

Le concept de l'arbitrage obligatoire et décisif n'est pas rejeté par beaucoup de docteurs, quoique les Associations médicales s'y opposent. J'ai reçu individuellement bien des lettres de docteurs qui favorisent et supportent ce concept.

Les Associations professionnelles des internistes, représentant quelques 2,500 membres en Ontario, firent publier dans le *Globe and Mail* du 27 juin 1980, une lettre ouverte qui ne manque pas d'être significative. Voici une partie de cette lettre:

"Nous ne voulons pas abandonner nos malades. Nous ne pouvons pas accepter une politique (dénude de services) qui nous oblige à le faire. Voilà pourquoi nous avons besoin de l'arbitrage obligatoire."

La pratique des honoraires additionnels, telle qu'on l'exerce en ce moment, surtout là où la majorité ou presque la totalité des docteurs exigent des honoraires additionnels, doit entraîner inévitablement le refus de l'accessibilité à quelques malades et la violation du principe de portabilité, deux caractéristiques si essentielles à un programme national.

Je me suis laissé dire par les associations médicales que l'idée d'une grève de docteurs ou du retrait de leurs services était tout à fait incompatible à tout concept de service à l'humanité, concept qui s'est développée avec les siècles et qui a eu pour résultats le prestige dont est entouré le médecin et l'estime de tous les citoyens pour la profession hier et aujourd'hui.

Le haut rang social occupé par le docteur et l'estime dont nous parlons ne découleront pas du fait qu'il recevait des honoraires élevés, mais plutôt de la reconnaissance et de l'appréciation des services rendus par ceux qui exerçaient la profession.

## La rémunération des médecins

Je ne crois pas que les conditions de mon mandat me demandaient de traiter catégoriquement du montant de la rémunération des médecins. C'est un sujet qui varie ou qui peut varier d'une province à l'autre et la solution que j'ai recommandée à savoir, l'arbitrage obligatoire, assurera à la fois aux autorités provinciales et à la profession des tarifs convenables.

Une telle atmosphère sera propice à faire ressortir des points tels que le tarif des consultations et des visites à domicile. Il faudrait aussi songer à faire des démarches pour créer pour les médecins indépendants un plan de retraite auquel contribuerait les commissions de santé en versant un pourcentage comme le font ceux qui ont à leur service des médecins salariés.

## Points complémentaires

Voici quelques points complémentaires qu'il faut souligner. La Loi de l'impôt sur le revenu devrait être amendée de façon à ce que:

- (a) Les médecins praticiens indépendants qui dépendent de l'argent pour parfaire leur éducation et pour suivre des cours de rattrapage aient droit à un dégrèvement dans le cadre de La Loi de l'impôt sur le revenu;
- (b) Le salaire d'une femme de médecin qui travaille pour son mari soit considéré comme une

"24a. un "professionnel exerçant dans le domaine de la santé" ne doit pas, en échange des services qu'il a fournis à un bénéficiaire en tant que professionnel qui s'était retiré du programme, exiger ou recevoir de rémunération autre que celle autorisée par un accord; tout accord qui soutient le contraire est nul ipso facto." *Quebec Health Insurance Act*, s20 du bill 84, du 14 février 1979, Vol. 2, No. 10.

A ma connaissance, il n'existe pas de loi semblable dans d'autres provinces.

Dans les autres provinces et territoires, se retirer du programme n'est pas la même chose que "non-participant" au Québec.

Une autre alternative est offerte aux médecins du Québec; ils peuvent choisir de ne pas participer au programme de santé et de demeurer agents libres. Mais les conséquences sont sérieuses pour les médecins non-participants; ils ne peuvent pas s'adresser à des compagnies de finances de leur province pour les paiements ou les remboursements. Quelques médecins seulement ont choisi cette façon de faire au Québec.

## Ontario

L'article 19 de la *Loi de l'assurance-maladie de l'Ontario*, R.S.O., 1972, c91 stipule:

19-(1) Tout contrat d'assurance, autre que l'assurance garantie par l'article 231 de la loi sur l'assurance, pour le paiement ou le remboursement ou la compensation d'une partie ou du coût entier des services assurés autres que,

(a) toute partie des frais des services d'hôpitaux, d'ambulance et de maison de repos qui ne sont pas défrayés par le Programme;

(b) l'indemnité reçue à cause de pertes de temps au travail provoquées par une infirmité exigeant des services assurés, services fournis en Ontario à toute personne susceptible d'être couverte par cette loi, est nul et sans effet s'il contient des clauses opposées aux paiements effectués dans le cadre du Programme et per-

(2) Tout citoyen ne peut accepter ni recevoir de bénéfices d'un contrat d'assurance interdit par le paragraphe 1, au moyen duquel lui et les personnes dont il a la charge peuvent recevoir des paiements, ou être remboursés ou indemnisés pour une partie quelconque ou pour la totalité des frais relevant directement de la fourniture des services assurés.

(3) Les paragraphes 1 et 2 ne s'appliquent pas à un contrat d'assurance passé par un citoyen dont l'emploi principal se trouve aux Etats-Unis et qui a le droit de passer contrat à cause de son emploi.

(4) Lorsqu'un paiement est effectué à ou au nom d'une personne assurée par un contrat ou un accord dont on parle au paragraphe 3 et si le montant d'un tel paiement est moins élevé qu'il ne l'aurait été si la personne avait été couverte pour les mêmes services assurés par la loi de l'Ontario et ses stipulations, le gérant général peut payer à cette personne assurée, ou en son nom, la différence entre la somme payée selon les clauses du contrat ou de l'accord et la somme fixée par les stipulations du contrat ou de l'accord pour les services assurés.

(5) Les paragraphes 1 et 2 ne s'appliquent pas pour les trois premiers mois de résidence en Ontario.

**Une loi semblable sera requise dans les provinces, s'il y en a, où la pratique des honoraires additionnels n'est pas bannie.**

Il faut reconnaître que, dans tout le Canada, la grande majorité des médecins, y compris ceux qui reçoivent directement leurs honoraires de leurs malades, ne demandent pas d'honoraires additionnels. Ces docteurs ne seront pas affectés si l'on refuse à tous les docteurs (autres que ceux qui préfèrent

coup des articles 16 et 49 et il n'est pas obligé de fournir l'information mentionnée dans le paragraphe (1) si:

- (a) avant de produire les services assurés, il informe le bénéficiaire qu'il n'a pas conclu d'accord avec la commission, le bureau de la région sanitaire numéro 1 ou un organisme approuvé de santé en ce qui concerne le paiement des services assurés qu'il lui prodigués aux bénéficiaires et qu'il n'a pas l'intention de donner au bénéficiaire l'information requise pour faire au bénéficiaire, conformément à cette loi, le paiement calculé d'après le service assuré à prodiguer; et
- (b) le bénéficiaire, après avoir été mis au courant du fait, décide de ne pas recevoir de paiement selon cette loi, en ce qui concerne le service assuré que doit lui prodiguer le médecin ou une autre personne. 1972, c. 111, s. 7.

Si l'on doit bannir la pratique des honoraires additionnels en Saskatchewan, la loi de 1978 devra être modifiée en conséquence. La profession médicale en Saskatchewan met en cause la moralité d'une telle modification à la suite des accords de Saskatoon. Ce point fut soulevé à l'audience de Saskatoon lorsque le gouvernement de la Saskatchewan présenta son mémoire.

Il s'agit d'une question épineuse. Un gouvernement ne devrait pas mettre un terme à un accord ou à une clause majeure qui en découle, la légèreté et unilatéralement. On ne peut cependant pas mettre en doute le pouvoir du gouvernement d'agir de cette façon. Les circonstances et les conditions de la mise en pratique du Programme des soins médicaux au Canada en ce moment justifient le refus aux médecins de la Saskatchewan du droit d'exercer et d'imposer des honoraires selon la clause C. Dans d'autres provinces, des médecins ont justifié la pratique des honoraires additionnels qu'ils ont adopté comme étant conforme à la loi de la Saskatchewan.

Je crois que les circonstances et les conditions justifient pleinement un tel refus. En 1962, les accords de Saskatoon concernaient uniquement la Saskatchewan. De nos jours, ce qui nous préoccupe est un vrai programme national de santé, du moins nous l'espérons, un programme à objectifs nationaux et à conditions universelles, un programme dont les clauses fondamentales doivent s'appliquer universellement à tout le Canada où la population se déplace très facilement. L'existence de différentes méthodes d'imposer des honoraires dans différentes provinces ne peut qu'aboutir à la confusion et au refus de l'accessibilité de bien des gens aux services. La demande générale de la suppression de la pratique des honoraires additionnels outrepassse le droit des docteurs de la Saskatchewan à continuer cette pratique qui conduira à la détérioration du programme si elle n'est pas supprimée.

## Le retrait du Programme ou la non-participation

Avant de laisser de côté le sujet des honoraires additionnels, je voudrais faire allusion à la situation qui existe dans quelques provinces.

Au Québec, la loi divise les médecins en deux catégories: ceux qui participent au programme et ceux qui exercent en dehors du programme — et les médecins font partie de l'un ou l'autre camp. La loi définit les médecins non-participants de la façon suivante:

"(b3) 'professionnel non-participant': c'est un professionnel qui exerce sa profession en dehors du programme établi par la loi et qui ne veut pas être rémunéré selon l'échelle des tarifs fixée par un accord ou qui tombe sous le coup d'un mandement conforme à l'article 62, et dont tous les malades s'acquittent seuls du paiement des tarifs qui comprennent le prix des médicaments s'il s'agit d'un pharmacien: "la Loi de l'assurance-maladie du Québec, si (d) du bill 84, du 15 février 1979, vol. 2

Et voici ce que la loi décreète au sujet des honoraires additionnels:



que rarement, afin d'éviter le conflit et le chaos dans les services de santé au Canada.

## Le barème des tarifs

Je ne préconise pas la création d'un barème national de tarifs pour le paiement des services des médecins et je ne m'attends pas non plus à ce que plusieurs conseils d'arbitrage en arrivent aux mêmes résultats. Les différences qui existent au Canada entre les prévisions financières, le coût de la vie et les dépenses entraînées par l'exercice de la profession rendent irréalisable la mise en vigueur d'un seul barème de tarifs pour tout le Canada. Le pouvoir constitutionnel ne donne pas non plus au gouvernement fédéral le droit légal d'obliger une province et les médecins qui y pratiquent à conclure un accord. Le gouvernement fédéral a cependant la responsabilité de fixer des objectifs qui soulignent le caractère national du programme de soins médicaux au Canada. La loi sur les soins médicaux devrait être revue de façon à décréter:

1. Que la pratique des honoraires supplémentaires par les médecins empêche une accessibilité raisonnable aux services et qu'elle est contraire à l'esprit et à l'objectif de la loi.
2. Que les provinces devraient mettre en place un mécanisme qui assure aux médecins une rémunération raisonnable.

## Les accords de Saskatoon

Un autre point concernant le bannissement de la pratique des honoraires additionnels mérite de retenir l'attention. Ce point ressort des clauses de l'article 17 des accords de Saskatoon, accords conclus entre le gouvernement de la Saskatchewan et le Collège des médecins et des chirurgiens de la Saskatchewan à l'issue de la grève de 1962. On lit ce qui suit dans le paragraphe (C) de l'article 17: "Il (\*un docteur en Saskatchewan) peut exercer en partie, en grande partie, ou totalement en dehors de tout programme privé de soins médicaux, sans être payé directement par la Commission d'assurance de soins médicaux. Il exigera des ses malades des honoraires fixés selon son propre gré. On lui demandera seulement de remettre au malade une facture détaillée, révélant, avec l'autorisation du malade, des informations semblables à celles que l'on donne normalement dans un régime privé de soins médicaux. Il n'aura de contact possible avec la Commission que si l'on veut clarifier quelques détails d'une demande de remboursement faite par un malade."

L'article 17 (c) fut intégré dans la loi de 1962 par l'article 29b (1) de la Loi de l'assurance médicale de la Saskatchewan, en ces termes:

"29b. - (1) Quand un médecin ou une autre personne fournissant des services n'a pas conclu un accord avec la commission, le Bureau de la région sanitaire numéro 1 ou un organisme approuvé de santé, en ce qui concerne le paiement des services assurés qu'il a prodigués à des bénéficiaires et quand le médecin ou une autre personne prodigue un service assuré à un bénéficiaire, il ne tombe sous aucune des clauses de cette loi ni des ordonnances fixées par le Lieutenant-gouverneur en fonction ou par la commission relativement à la fourniture des services assurés aux bénéficiaires et aux paiements dont il faut s'acquitter, sauf qu'il doit, en accord avec le paragraphe (2) donner au bénéficiaire à qui il a prodigué les services assurés, l'information requise pour faire au bénéficiaire, conformément à cette loi, le paiement calculé d'après le service assuré."

L'article 29b (1) a été remplacé par l'article 24 (2), RSS 1978, S-29, qui stipule:

"(2) Quand le médecin ou une autre personne prodiguant les services assurés n'a pas conclu un accord avec la commission, le Bureau de la région sanitaire numéro 1 ou un organisme approuvé de santé, en ce qui concerne le paiement des services assurés, il ne tombe sous le



fixés unilatéralement par n'importe quelle province. Je rejette aussi, comme je l'ai fait dans le rapport de la Commission royale d'enquête, le concept des honoraires additionnels.

## Critères de base

Voici donc les deux pierres angulaires sur lesquelles reposent mes conclusions sur cette question:

1. les médecins ont le droit de recevoir une rémunération adéquate pour les services rendus.

2. Si l'on considère comme un droit la pratique des tarifs additionnels et si les médecins exercent cette pratique selon leur bon vouloir, l'on verra, avec les années, la destruction du programme et cette destruction entraînera la création d'un système à deux échelons incompatible avec le niveau de société atteint par les Canadiens.

Toute étude et toute discussion traitant de la possibilité de déclarer illégal le système des tarifs additionnels sous toutes ses formes doivent inclure l'acceptation du droit du médecin à une rémunération adéquate et vice versa. L'on ne peut pas résoudre le problème du droit à une rémunération adéquate sans accepter le principe que la pratique des tarifs additionnels n'est pas permise dans le système.

La coexistence de ces deux éléments est essentielle; on ne peut pas accepter l'un sans l'autre; leur séparation pour quelque raison que ce soit déformera et annulera la signification de toute discussion et de toute déclaration publique relative à ce que je propose maintenant.

Le vrai problème qui se pose et que l'on doit résoudre est de savoir comment unir et mettre en valeur ces deux principes de base ou idées essentielles afin d'assurer la survivance du programme de services de santé. Il s'agit purement et simplement de survivance. Il faut éviter la répétition de conflits continuels qui peuvent aboutir à des grèves de médecins dans une ou plusieurs provinces. On pourrait arriver à ce résultat par la création d'un mécanisme qui éviterait les grèves tout en assurant aux médecins une rémunération adéquate.

Ce noeud gordien doit être tranché de quelque façon tout en évitant la conscription des fournisseurs de services ou le retrait de leurs services. Si les médecins reçoivent une rémunération adéquate, les tarifs supplémentaires et les grèves n'auront pas de raison d'être.

## Voici ce que je recommande:

**En conclusion je recommande que lorsque les négociations échouent et qu'elles aboutissent à une impasse, les points de litige doivent être soumis à des fins d'arbitrage obligatoire, à un conseil d'arbitrage composé de trois personnes: un Président, indépendant, nommé par le juge en chef de la province en cause et deux personnes désignées pour représenter respectivement la profession médicale et le gouvernement.**

Les provinces ont le pouvoir de déclarer illégale la pratique des honoraires supplémentaires et devraient s'en servir. Toute loi bannissant la pratique des honoraires additionnels ou des honoraires de compensation sous toutes ses formes doit stipuler que la province qui décrète une telle loi accepte elle-même l'arbitrage obligatoire tel que proposé. Ces deux points ne doivent pas être séparés. La loi devrait également inclure une clause qui protégerait les décisions du conseil d'arbitrage en refusant tout droit à des actions en justice ou à des attaques juridiques menées sous forme d'ordonnance, de mandement, d'injonction ou de quelque autre procédé juridique. L'irrévocabilité est nécessaire ici. Le gouvernement ne devrait plus avoir le droit d'approuver ou de rejeter les décisions du conseil d'arbitrage.

Dans notre société civilisée, au lieu d'avoir recours à la force brute on s'en remet aux décisions de nos tribunaux; de même, l'on devrait avoir recours à l'arbitrage obligatoire, même si l'on ne s'en sert

est fondée. La Commission royale d'enquête a traité d'une accusation semblable dans les pages 743 et 744 du premier volume de son rapport. Au sujet de la contrainte, voici ce qu'on lit:

"Il s'agit ici d'une question importante puisqu'elle se situe à la racine de notre régime démocratique. Le point essentiel à faire valoir est que la société, dans sa sagesse collective, a jugé nécessaire d'utiliser de la force de la loi pour réaliser un certain nombre d'objectifs que la société doit atteindre: fréquentation scolaire, paiement des impôts scolaires, homologation des médecins pour empêcher les personnes incompetentes d'exercer la médecine, réglementation des sociétés d'assurance, et autres. Il y en aurait peu qui s'opposeraient à l'établissement obligatoire que renferment ces objectifs.

L'exemple le plus pertinent est, bien entendu, l'instruction obligatoire. Il faut noter, cependant, qu'il existe une grande différence fondamentale entre un service de santé publique et l'instruction obligatoire. Cette dernière exige un financement obligatoire (par le moyen de l'impôt) et la fréquentation scolaire obligatoire. Par contre, un régime de santé n'exige que le paiement des impôts; nul n'est obligé d'accepter ou de se procurer certains services. En outre, tant que ceux qui fournissent les services demeurent des praticiens autonomes et indépendants avec qui l'organisme assureur, après duquel les praticiens sont représentés, passe contrat, ce ne sont pas des employés de l'Etat. En réalité, dans le cas des provinces qui financent leur régime d'assurance-hospitalisation au moyen de recettes indirectes, il est presque impossible de déceler un élément quelconque d'obligation dans les services hospitaliers. En fait, le plus grand résultat a été d'augmenter la liberté: accès plus libre aux installations et libération de la crainte des conséquences financières."

La Commission a déclaré et je souligne: "Tant que ceux qui fournissent les services ... avec qui l'organisme assureur ... passe contrat." On admet généralement que la passation d'un contrat exige le consensus *ad idem* de toutes les parties en cause. Autrement dit, s'il n'y a pas de consensus, il n'y a pas de contrat et en l'absence de contrat, il faut trouver une autre alternative pour sortir de l'impasse. Le différend n'a pas été facile à régler. Je me rends bien compte de la tension que peuvent subir les médecins qui pensent que leur statut et leur position se sont trouvés diminués ces dernières années par rapport à ceux d'autres professionnels et d'autres salariés.

Un facteur qui semblait précocuper et contrarier les médecins et leurs porte-paroles, avec justification, à mon avis, était la manière selon laquelle les honoraires des médecins en fonction étaient presque toujours révélés et publiés en chiffres ronds par les commissions provinciales et mis en valeur par les mass media. Cette façon de faire faisait croire au public que les honoraires des médecins étaient bien plus élevés qu'ils ne l'étaient en réalité. Il est admis par les spécialistes de l'impôt sur le revenu que le revenu net des médecins comprend environ 40% des dépenses occasionnées par le gain de ce revenu.

Ceci veut dire que les médecins qui reçoivent, aux yeux du public \$80,000 par exemple, en gardent \$48,000 avant la déduction des impôts. Je ne veux pas suggérer que la somme nette de \$48,000 ne soit pas une somme considérable, mais il ne s'agit pas de \$80,000, somme à laquelle le public est malheureusement porté à croire.

Quelques médecins ont l'impression que leur rang social ou leur prestige se trouve diminué lorsque les tenants d'autres professions arrivent à leur niveau dans l'arène économique. Ceux qui ressentent ce malaise oublient que ce processus de "rattrapage" est un phénomène inhérent à notre époque où ceux qui économiquement parlant occupent les basses couches de la société obtiennent à juste titre des gains d'un pourcentage plus élevé en proportion, tout en subissant fortement les effets du coût de la vie, qui ne cesse d'augmenter. (Voir Tableau 10) Le revenu du médecin continue d'augmenter mais à un taux de pourcentage moins élevé.

Le point essentiel est le droit des médecins de recevoir une rémunération adéquate pour leurs services; ni plus, ni moins. De rejette complètement l'idée que les médecins doivent accepter les tarifs

Les gouvernements, les groupes de consommation et les particuliers s'inquiètent du fait que le système d'honoraires additionnels empêche les secteurs les plus pauvres d'avoir accès aux soins de santé et viole le principe essentiel de l'accessibilité pour tous. Les conclusions ci-dessus montrent le bien-fondé de ces inquiétudes et leur donnent plus de poids.

## Honoraires additionnels

On me répète, d'un bout à l'autre du Canada, que le système d'honoraires additionnels, tel que mis en pratique dans toutes les provinces du Canada, sauf dans le Québec, était inacceptable. L'opposition à ce système venait des gouvernements aussi bien que des particuliers et des groupes de consommation. Cette opposition était organisée et bien marquée. Il faut souligner cependant que pratiquement tous ceux qui étaient opposés à ce que les médecins se retirent du programme, et/ou exigeaient un supplément d'honoraires, affirmaient avec conviction que les médecins avaient droit à une rémunération adéquate.

## Le vrai problème

Le vrai problème qui se pose pour moi est de savoir comment respecter le concept d'une rémunération adéquate sans arriver à créer un système à deux échelons dans lequel les pauvres, les personnes âgées et les sans-emploi seraient séparés des personnes qui ont les moyens, ou qui auraient les moyens selon les médecins indépendants, de payer un supplément d'honoraires. La pratique du système des honoraires additionnels est injuste. Non seulement elle interdit l'accessibilité des pauvres aux soins, mais elle impose un lourd fardeau aux malades qui, en plus de payer les primes, devaient déjà la plus grande partie du coût du système, grâce à leurs impôts.

Comment le Programme de soins médicaux peut-il alors survivre? Cette responsabilité ne doit pas incomber uniquement à la profession médicale. *La profession médicale ne peut pas être consignée mais elle ne peut pas non plus considérer comme un droit le fait de déterminer sa propre rémunération unilatéralement.*

Dans le premier volume du rapport de la Commission royale d'enquête, on lit ce qui suit:

“...les méthodes de rémunération du personnel de la santé — honoraires, salaire ou autres formes de rétribution — et les tarifs doivent être établis par les associations professionnelles et les organismes administratifs, et non par décision arbitraire, avec pouvoir d'en appeler en cas d'incapacité de s'entendre...”

Et j'insiste sur la fin de la phrase: “...avec pouvoir d'en appeler en cas d'incapacité de s'entendre...”

Il semble que cette recommandation n'a pas retenu l'attention des gouvernements ni de la profession. A chaque audience provinciale j'ai attiré l'attention des Associations médicales et des gouvernements sur ce point. *Dans chaque province, les gouvernements et la profession ont rejeté l'idée de tarifs arbitraires et le concept de l'arbitrage obligatoire.* Par contre, plusieurs médecins indépendants m'ont fait savoir qu'ils étaient en faveur de l'arbitrage obligatoire.

Les gouvernements s'opposaient catégoriquement à la pratique des tarifs additionnels. La profession mettait autant d'emphasis à défendre son droit de continuer cette pratique, au point même, dans certains cas, de revendiquer le droit de ne pas prodiguer de services (de se mettre en grève) en dernier ressort au cas où la loi interdirait la pratique des tarifs additionnels.

## Contrainte

La profession médicale considère comme une contrainte, ou encore la conscription de la profession, le refus du droit à la pratique des tarifs additionnels. Il s'agit là d'une accusation sérieuse, si elle



Des 33 ménages qui auraient pu se servir d'une ligne téléphonique spéciale de l'Association médicale de l'Ontario pour trouver dans leur région un médecin signataire du Programme, aucun n'était au courant de l'existence d'une telle ligne.

Quand les malades paient un supplément, ils ont de la difficulté à savoir de combien ce supplément est supérieur au barème des prix de PAHO. Parmi les ménages qui croyaient connaître le montant de ce supplément, plus de 45% ont déclaré avoir reçu des factures médicales plus élevées que celles de l'échelle des prix de l'Association médicale ontarienne dont les prix sont eux-mêmes plus élevés de 43% que les prestations du PAHO.

La plupart des personnes contactées déclarent qu'elles n'essayeront pas de demander à leur médecin de son cabinet des explications quant à la facture du médecin. Les malades semblent peu disposés à discuter des tarifs avec les médecins. Soixante pour-cent de ceux qui paieront un supplément déclarent qu'ils seraient gênés de demander à un médecin de diminuer ses prix. Pas de différence à ce sujet entre les pauvres et les nantis.

Les personnes peu fortunées, à qui l'on demande de payer un supplément, diront plutôt qu'elles requièrent moins souvent les services du médecin, et/ou qu'elles ne se pressent pas pour se faire soigner à cause du tarif des frais médicaux; et la proportion des personnes qui agissent ainsi est bien plus élevée chez les pauvres que chez les fortunés.

Environ deux fois plus de pauvres que de nantis rapportent que le coût des services médicaux constitue pour eux un problème financier.

Quoique la qualité des soins donne un degré élevé de satisfaction (93% des personnes soignées sont satisfaites), ceux qui paient un supplément sont moins satisfaits de la qualité des soins qu'ils reçoivent que ceux qui ne sont pas familiers avec la pratique des honoraires additionnels.

Dans les ménages pauvres, les personnes contactées qui ont payé des honoraires additionnels ou qui n'ont pas consulté un médecin durant les dernières deux années, sont bien moins satisfaites de la qualité des soins médicaux qu'elles ont reçus que l'ensemble de la population.

Plus d'un quart des peu fortunés disent qu'il est difficile de trouver dans leur communauté un médecin dont les services sont à la portée de leurs bourses.

Des questions d'attitude posées au cours de la présente enquête furent comparées à celles posées lors de l'enquête Pickering qui étudia l'attitude de la population de l'Ontario au sujet des services médicaux prodigués dans cette province en 1972 (enquête demandée par l'Association médicale de l'Ontario). Deux différences ressortirent de cette comparaison:

(a) Cette attitude de respect et de confiance que le public réserve au médecin semble avoir subi un déclin, surtout chez ceux à qui les médecins ont demandé un supplément d'honoraires.

(b) Parmi les groupes contactés, ceux qui ont participé à l'enquête de 1980 ont tendance à croire que les sommes dépensées pour l'implantation de programmes provinciaux de santé ne sont pas trop élevées.



conflit, si l'on ne veut pas que le Programme des soins médicaux tel qu'on le connaît au Canada depuis 1970-71 n'échoue éventuellement.

Dans tout le Canada l'on a insisté pour empêcher un tel événement de se produire. Des particuliers et des organisations comme l'Association médicale canadienne, le Collège royal des Médecins et Chirurgiens, et toutes les associations médicales provinciales, et tous les gouvernements provinciaux étaient décidés de s'opposer, d'un commun accord, à la faillite du Programme de soins médicaux.

## Le Rapport Stoddart et Woodward

Afin de connaître avec autant de précision que possible les résultats de la pratique d'imposition d'honoraires additionnels sous toutes ses formes, j'ai demandé aux professeurs Greg L. Stoddart et Christel A. Woodward de l'Université McMaster, Hamilton, de faire une étude sur "Les effets des honoraires additionnels demandés par des médecins sur l'accessibilité des malades aux soins médicaux et sur leur attitude envers le système de santé de l'Ontario." Le premier objectif de l'enquête était d'étudier l'impact des honoraires additionnels imposés par les médecins en dehors du Programme sur l'accessibilité des malades aux services médicaux et sur l'utilisation de ces services, en tenant compte des différences causées par le revenu des familles.

Un second objectif était de savoir si les malades et les habitants étaient satisfaits de la façon dont les services médicaux étaient prodigués et de savoir également ce qu'ils pensaient du paiement de ces services. Ici encore, les comparaisons entre les familles à revenus différents ne manquaient pas d'intérêt, de même que les comparaisons entre les malades qui étaient familiers avec le système d'honoraires additionnels et ceux qui ne l'étaient pas.

Les interviews se faisaient par téléphone, de préférence aux rencontres personnelles et aux questionnaires envoyés par la poste, de façon à mener et à terminer l'enquête tout en respectant le temps et le budget alloués par l'Examen des Services de santé '79.

L'enquête se fit dans les comités ontariens de Simcoe, Perth, Halton et Waterloo afin de donner une bonne répartition géographique, une variation rurale et urbaine et afin de trouver un bon nombre de participants familiers avec le système d'honoraires additionnels. Ces comités étaient parmi les six en Ontario qui compaient le pourcentage le plus élevé de généralistes qui s'étaient retirés du Programme au début de l'enquête; on peut donc en conclure que les résultats donnent un idée approximative de l'impact maximum de l'imposition d'honoraires additionnels par les généralistes. En tout, 2,827 contacts acceptables furent faits dans les quatre comités et de ce nombre, 1,769 furent choisis aux fins de l'enquête.

Voici les principales conclusions qui m'ont été soumises:

Dans les régions de l'Ontario où le nombre des généralistes qui se sont retirés du Programme est assez élevé et où celui des spécialistes est assez grand ou élevé, le tiers des familles environ ont payé aux médecins des honoraires additionnels.

La comparaison des revenus dans les ménages qui sont familiers ou non avec les honoraires additionnels soutient la suggestion que les médecins qui traitent un grand nombre de malades n'ont tendance à se retirer du Programme et à demander un supplément d'honoraires à leurs malades.

Quelques ménages réagissent à la pratique des honoraires additionnels en utilisant les services de plusieurs médecins. Pour trouver la solution de quelques-uns de leurs problèmes médicaux ils peuvent demander les services d'un autre généraliste qui ne s'est pas retiré du programme et/ou, ils peuvent demander plus souvent la consultation d'un spécialiste.

## CHAPITRE 3

### Les Questions principales

1 De nombreux sujets furent traités durant les audiences; certains de ces sujets exigèrent une étude plus approfondie que d'autres, comme le désaccord entre les gouvernements au sujet du financement des programmes, désaccord dont il a été question dans le deuxième chapitre, mais dès le début et pendant toute l'enquête deux points ont dominé la scène au détriment de bien d'autres, aux yeux du public et des représentants de la profession et du gouvernement, deux points qui dans bien des cas constituaient le seul sujet de discussion des audiences. Ces deux points étaient:

(1) le nombre croissant de médecins qui exigent des honoraires additionnels

(2) les controverses découlant de conflits mettant aux prises la profession médicale et les provinces au sujet du barème des honoraires à payer aux médecins.

Bien que l'on considère ces deux points comme des entités séparées, ils sont étroitement liés entre eux et on doit les étudier en tenant compte de ce fait.

### La Profession Médicale

La profession médicale maintient qu'elle a le droit de déterminer le barème de ses prix et les honoraires à exiger en échange des services médicaux. De leur côté les provinces et leurs agences de paiement insistent sur le fait que lorsqu'il n'y a pas d'accord avec la profession, elles ont le pouvoir d'établir le barème des prix à payer aux médecins et ces derniers doivent s'en tenir à ce barème. Ces deux positions se combattent et s'excluent.

La profession médicale ne peut pas légiférer le prix de ses services. La Commission royale d'enquête traite la question de la façon suivante:

"L'accent qui est mis sur la liberté de la pratique ne doit pas masquer le fait que le médecin n'est pas seulement un praticien, mais aussi un citoyen. Il a l'obligation morale et sociale de bien exercer et il y va de son intérêt personnel de le faire. L'idée qu'ont certaines gens que le médecin a le droit absolu de fixer ses honoraires à son gré est fausse et étrangère aux moeurs de notre époque. Ce concept de laissez-faire du XIX<sup>e</sup> siècle, ne peut aucunement, au XX<sup>e</sup> siècle, s'appliquer à la médecine, à l'art dentaire, au droit ni à une autre profession ni même, en fait, à quelque autre groupement organisé. La médecine organisée est une création stataire des législatures et du Parlement. Lorsqu'il accorde à un groupement exclusif le monopole d'un service indispensable, l'Etat devient automatiquement intéressé à s'assurer si le service est accessible et à quelles conditions."<sup>1</sup>

### L'Etat

L'Etat n'a pas non plus le droit de conscrire les services de médecins. Les efforts faits dans chaque province pour concilier ces concepts opposés n'ont pas été couronnés de succès.

### Existe-t-il une solution?

Il faut absolument que l'on trouve une solution ou un mécanisme quelconque pour résoudre le

<sup>1</sup> Commission royale d'enquête sur les Services de santé (1965), Volume II, Chap. I, p. 11.

**TABLEAU 9**  
**Augmentation des dépenses**  
**fédérales et provinciales consacrées à la santé**  
**de 1975-76 à 1979-80**

Année fiscale	Addition des dépenses fédérales et provinciales				
	Dépenses fédérales(a)	Dépenses totales par les provinces(b)	Total(c)	Par personne(d)	Pourcentage de l'augmentation(e) du P.N.B. (f)
	\$ millions	\$ millions	\$ millions	%	%
1975-76	4,013.1	5,448.2	9,461.3	416.85	5.5
1976-77	4,638.6	6,152.9	10,791.5	469.34	5.5
1977-78	3,500.0	8,354.9	11,854.9	509.71	5.4
1978-79	4,052.7	9,085.9	13,138.6	559.54	5.5

- a) Ces chiffres comprennent toutes les dépenses consacrées directement à la santé par le gouvernement fédéral plus toutes les contributions au comptant faites aux provinces et aux territoires par le gouvernement fédéral aux programmes concernant la santé. Remarque: que tous les transferts de points de taxation sont exclus.
- b) Il s'agit de toutes les dépenses faites par les gouvernements provinciaux (à l'exclusion des territoires) moins toutes les contributions faites au comptant par le gouvernement fédéral aux programmes concernant la santé. Sont exclus tous les transferts des points de taxation.
- c) Ces chiffres comprennent la totalité des dépenses fédérales (a) et provinciales (b) pour les programmes de santé.
- d) Chiffres basés sur l'évaluation par Statistiques Canada de toute la population canadienne entre les recensements.
- e) Il s'agit du taux d'augmentation de toutes les dépenses durant les années précédentes.
- f) Pourcentage basé sur le Produit National brut de l'année civile correspondante.

TABLEAU 8

Dépenses totales consacrées par les gouvernements provinciaux à la santé (a) et pourcentage de ces dépenses par rapport au Produit local brut évalué pour chaque province (b)

Province	Produit local brut de chaque province (b)				Dépenses pour la santé - pourcentage du Produit local brut (c)			
	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79
	\$millions				pour-cent			
Terre-Neuve	2,134.4	2,548.1	2,847.6	2,987.8	9.8	8.9	8.4	8.9
Ile du Prince-Edouard	454.8	523.7	551.9	633.7	9.2	8.6	10.2	9.4
Nouvelle-Ecosse	3,989.1	4,644.2	5,087.9	5,636.1	7.2	6.9	6.9	6.9
Nouveau-Brunswick	3,231.6	3,646.9	3,941.5	4,396.5	6.9	6.9	7.1	7.0
Québec	39,761.9	46,214.1	50,108.6	56,180.9	6.7	6.6	6.5	6.5
Ontario	66,229.7	75,975.7	82,986.2	89,940.0	4.8	4.0	4.8	4.8
Manitoba	6,966.7	7,953.4	8,498.0	9,300.3	5.9	5.9	6.0	5.7
Saskatchewan	7,085.8	7,972.2	8,457.3	9,661.5	4.6	5.0	5.3	5.0
Alberta	18,795.5	21,405.9	24,615.0	28,128.9	4.0	4.0	3.7	3.9
Colombie Britannique	19,053.6	22,786.2	25,439.0	27,890.7	5.2	4.8	4.8	5.1
T.N.O.								
Yukon								
Canada - sauf les T.N.O. et le Yukon	167,703.1	193,670.4	212,533.0	234,756.4	5.4	5.3	5.3	5.4

a) Voir renvoi (a) au bas du tableau 3.

b) Chiffres basés sur le Produit local brut de l'année civile correspondante.



TABLEAU 7

Indices (Canada - 100) des dépenses faites pour la santé  
par les gouvernements provinciaux, par personne et par province,  
de 1975-76 à 1979-80

Province	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80
Terre-Neuve	95.59	89.86	87.29	87.40	88.18
Ile du Prince-Edouard	89.88	84.54	96.06	90.87	86.92
Nouvelle-Ecosse	88.12	86.43	86.15	86.56	87.69
Nouveau-Brunswick	83.51	83.35	83.71	82.80	88.16
Québec	105.93	109.11	107.06	107.87	107.63
Ontario	97.49	97.80	98.16	96.42	94.01
Manitoba	101.98	101.67	101.52	96.32	95.15
Saskatchewan	90.46	95.93	98.57	95.41	99.36
Alberta	105.46	103.03	99.90	104.34	108.79
Colombie Britannique	102.07	98.32	100.57	104.76	106.97
Canada - sauf les T.N.O. et le Yukon	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Source: Tableau 9

TABLEAU 6

Dépenses faites pour la santé par le gouvernement provincial (a)  
par personne et par province de 1975-76 à 1979-80

Province	Population par province (b)					Dépenses pour la santé par personne				
	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80
	milliers					\$				
Terre-Neuve	549	558	564	569	574	381.79	404.48	424.82	467.49	518.82
Ile du Prince-Édouard	117	118	120	122	123	358.97	380.51	467.50	486.07	511.38
Nouvelle-Écosse	820	829	835	841	848	351.95	389.02	419.28	463.02	515.92
Nouveau-Brunswick	665	677	687	695	701	333.53	375.18	407.42	442.88	518.69
Québec	6,179	6,235	6,278	6,285	6,304	423.08	491.13	521.04	576.99	633.28
Ontario	8,172	8,265	8,354	8,444	8,507	389.35	440.21	477.74	515.72	553.14
Manitoba	1,014	1,022	1,029	1,032	1,031	407.30	457.63	494.07	515.21	559.84
Saskatchewan	907	921	937	947	956	361.30	431.81	479.72	510.35	584.62
Alberta	1,778	1,838	1,896	1,950	2,007	421.20	463.76	486.18	508.10	640.11
Colombie Britannique	2,433	2,467	2,494	2,530	2,569	407.64	442.56	489.45	560.32	629.35
T.N.O.										
Yukon										
Canada - sauf les T.N.O. et le Yukon	22,634	22,930	23,194	23,415	23,620	399.39	450.12	486.69	534.89	588.37

a) Voir renvoi (a) au bas du tableau 3 La totalité des dépenses provinciales.

b) Chiffres basés sur l'évaluation de la population faite par Statistiques Canada entre deux recensements.

TABLEAU 5

**Dépenses totales faites par les gouvernement provinciaux  
pour la santé (a) et le pourcentage qu'elles représentent de la totalité des  
dépenses budgétaires gouvernementales (b), par province, de 1975-76 à 1979-80 \***

Province	Dépenses budgétaires (b)					Pourcentage des dépenses faites pour la santé (c)				
	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80
	\$millions					Pour-cent				
Terre-Neuve	952.7	1,147.0	1,152.0	1,348.1	1,422.0	22.0	19.7	20.8	19.7	20.9
Île du Prince-Édouard	180.4	193.8	215.8	264.5	294.9	23.3	23.2	26.0	22.4	21.3
Nouvelle-Écosse	1,066.3	1,191.7	1,326.9	1,571.2	1,681.4	27.1	27.1	26.4	24.8	26.0
Nouveau-Brunswick	1,022.7	1,132.3	1,257.3	1,373.1	1,516.2	21.7	22.4	22.3	22.4	24.0
Québec	9,397.1	10,902.1	12,426.0	13,402.8	14,960.0	27.8	27.8	26.7	27.1	27.0
Ontario	10,490.0	11,743.0	12,920.0	13,913.0	15,368.0	30.3	31.0	30.9	31.3	30.6
Manitoba	1,235.6	1,376.1	1,390.1	1,649.7	1,812.2	33.4	34.0	36.6	32.2	31.9
Saskatchewan	1,192.1	1,404.0	1,536.9	1,733.5	1,926.4	27.5	28.3	29.2	27.9	29.0
Alberta	2,864.6	3,094.5	3,558.5	3,938.3	4,862.2	26.1	27.5	25.9	27.6	26.4
Colombie Britannique	3,259.8	3,609.5	4,035.5	4,497.2	4,724.9	30.4	30.3	30.3	31.5	34.2
T.N.O.										
Yukon										
Canada	31,661.3	35,794.0	39,639.0	43,691.4	48,568.2	28.6	28.8	28.5	28.7	28.6

a) Voir renvoi (a) au bas du tableau 3.

b) Il s'agit des dépenses budgétaires du gouvernement provincial faites sur une base de paiements au comptant inscrits dans les Comptes publics de la province (et vérifiés après communication directe avec chaque province).

c) Il s'agit des dépenses totales faites pour la santé par le gouvernement provincial (voir tableau 4) et du pourcentage qu'elles représentent de la totalité des dépenses budgétaires du gouvernement provincial.

TABLEAU 4

**Totalité des dépenses faites pour la santé par les  
gouvernements provinciaux (a) et des contributions fédérales du même ordre (b),  
par province, de 1975-76 à 1979-80 \***

Province	Dépense provinciale (a)					Contribution fédérale (b)					Pourcentage de la contribution fédérale (c)				
	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80
	\$ millions					\$ millions					Percent				
Terr-Neuve	209,6	225,7	239,6	266,0	297,8	85,6	100,5	113,1	132,7	152,1	40,8	44,3	47,2	49,9	51,1
Ile du Prince-Edouard	42,0	44,9	56,1	59,3	62,9	19,0	21,7	22,7	28,6	32,8	45,2	46,3	40,5	48,2	52,2
Nouvelle-Ecosse	288,6	322,5	350,1	389,4	437,5	118,7	140,4	166,2	191,5	221,6	41,1	47,5	47,3	49,2	50,7
Nouvel Brunswick	221,8	254,0	279,9	307,8	363,6	97,0	118,8	134,2	159,8	185,4	43,7	46,8	47,9	51,9	50,4
Québec	2,614,2	3,062,2	3,271,1	3,626,4	3,992,2	1,017,1	1,182,0	1,362,5	1,517,2	1,692,8	38,9	39,1	41,7	41,8	42,4
Ontario	3,181,8	3,658,3	3,991,0	4,354,7	4,705,6	1,286,3	1,479,8	1,736,3	1,960,4	2,211,2	40,4	40,7	43,5	45,0	47,0
Manitoba	413,0	467,7	508,4	531,7	577,2	166,2	193,2	206,7	241,3	269,5	40,2	41,3	40,7	45,4	40,7
Saskatchewan	327,7	397,7	449,5	483,3	558,9	142,2	169,2	191,6	215,5	248,8	43,4	42,5	42,6	44,6	44,5
Alberta	748,9	852,4	921,8	1,088,3	1,284,7	280,9	329,6	395,4	459,8	525,6	37,5	38,7	42,9	42,1	40,8
Colombie Britannique	991,8	1,091,8	1,220,7	1,417,6	1,616,8	378,3	433,2	507,1	593,1	680,3	38,1	39,7	41,5	41,8	42,1
T.N.O.															
Yukon															
Canada	9,039,4	10,321,2	11,288,2	12,524,5	13,897,2	3,591,3	4,168,4	4,385,8	5,499,9	6,216,1	39,7	40,4	42,8	43,9	44,7

e) Voir renvoi (a) au bas du tableau.

b) Voir renvois (b) (c) (d) (e) (f) (g) au bas du tableau 3. Ces chiffres comprennent toutes les contributions fédérales relatives à la loi de l'assurance-hospitalisation et des services diagnostiques, aux soins médicaux, au F.P.E., au Plan d'Assistance du Canada, au Fonds des ressources pour la santé et à l'octroi pour la formation professionnelle.

Remarque surtout que la contribution fédérale allouée aux programmes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux dans le cadre du F.P.E. n'inclut pas le pourcentage d'un pour-cent de l'impôt sur le revenu ni son équivalent en argent comptant.

c) Contributions fédérales calculées comme un pourcentage de la totalité des dépenses faites par les gouvernements provinciaux pour les programmes de santé.

\* Les données concernant le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest n'étaient pas disponibles.



TABLEAU 3

Totalité des dépenses faites par les gouvernements des provinces pour les programmes de santé (a) et des contributions fédérales du même ordre (b) de 1975-76 à 1979-80

	1975-76	1976-77	1977-78	1977-79	1979-80
Dépenses provinciales pour la santé (a)	9,039.4	10,221.2	11,288.2	12,542.5	13,897.2
Contributions fédérales (b)	3,591.2	4,168.3	4,835.5	5,499.5	6,216.7
Assurance hospital-isation (c)	2,436.1	2,812.8	1,564.0	1,859.1	2,194.2
Soins médicaux (c)	---	---	1,599.2	1,726.8	1,881.7
Impôts vîres	---	---	---	---	---
Au comptant	836.7	953.0	537.0	638.4	733.4
Plan d'aide du Canada (d)	295.8	376.2	151.7	119.8	154.9
Soins supplémentaires de santé (e)	---	---	463.9	519.4	578.3
Fonds de ressources pour la santé (f)	20.3	24.0	22.1	41.4	8.0
Octroi pour la formation professionnelle (g)	2.3	2.3	2.4	1.7	---
Pourcentage de la contribution fédérale (h)	39.7	40.4	42.8	43.9	44.7
Au comptant	---	---	---	---	---
Impôts vîres	---	---	---	---	---
18.5	25.4	42.8	18.5	18.2	18.2

(a) Il s'agit des dépenses faites par les gouvernements provinciaux pour les programmes de santé sur une base de paiements au comptant et inscrits dans les Comptes publics des provinces (et reversés après communication directe avec chaque province). Ces chiffres comprennent les dépenses faites dans le domaine de la santé par les ministères de la santé, les commissions occupant de soins médicaux et de l'assurance-hospitalisation, les départements des services sociaux et d'autres organismes. N'entrent pas en ligne de compte les données concernant le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest.

(b) Ces chiffres comprennent toutes les contributions fédérales faites sur une base de droits, à l'exception du Fonds de ressources de santé et de l'octroi à la formation professionnelle qui sont accordés sous forme de paiements au comptant. La somme totale des contributions fédérales que l'on voit dans ce tableau peut différer de celle que l'on trouve dans le tableau 4, par suite de l'arrondissement des chiffres. On n'y trouve pas les données relatives au Yukon et aux Territoires du Nord-Ouest.

(c) Voir renvois (b) (c) et (d) au bas du tableau 1. Remarque sur le revenu ni son équivalent en argent comptant.

(d) Il s'agit ici de droits que l'on peut partager et dont le coût a été estimé au préalable dans le cadre du Plan d'aide du Canada pour couvrir les soins supplémentaires de santé définis par le régime du PFP et d'autres points relatifs aux soins de santé.

(e) Il s'agit de droits à des contributions au comptant dont le montant a été fixé dans le cadre du PFP pour couvrir des soins de santé additionnels comprenant les soins à donner dans les maisons de repos, les services en établissements pour adultes, les services donnés dans les hôpitaux mentaux transformés, les soins à domicile et les soins ambulatoires de santé.

(f) Argent comptant en provenance du Fonds de ressources pour la santé.

(g) Argent comptant en provenance de l'octroi alloué pour la formation professionnelle.

(h) Contributions fédérales calculées comme un pourcentage de la totalité des dépenses faites par les gouvernements provinciaux pour les programmes de santé.

**TABLEAU 2**  
**Dépenses des gouvernements provinciaux pour les**  
**programmes d'assurance-hospitalisation et des soins médicaux (a), par province\***

Province	Dépenses provinciales (a)					Contribution fédérale (b)					Pourcentage de la contribution fédérale				
	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1975-76	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80
	\$ millions					\$ millions					Percent				
Terre-Neuve	151,7	163,3	177,9	198,0	221,7	76,6	90,8	94,8	113,0	133,0	50,5	55,6	53,3	57,1	60,0
Ile du Prince-Édouard	25,3	27,2	35,4	34,4	38,5	14,9	16,7	19,5	23,9	28,5	58,9	61,4	55,1	69,5	74,0
Nouveau-Brunswick	207,4	239,2	258,2	283,4	315,1	111,9	131,2	145,3	169,7	196,3	54,0	54,9	56,7	59,9	62,7
Québec	159,9	187,3	204,2	199,6	228,1	92,9	107,2	116,1	138,3	162,4	58,1	57,2	56,1	69,3	71,2
Ontario	1,809,8	2,171,1	2,279,5	2,624,8	2,839,0	915,3	1,055,4	1,194,0	1,324,0	1,463,9	50,6	48,6	57,4	50,4	51,2
Manitoba	2,342,8	2,681,4	2,887,4	3,077,5	3,283,2	1,184,2	1,349,2	1,513,6	1,738,3	1,969,9	50,6	50,3	52,4	56,5	60,0
Saskatchewan	281,7	320,4	347,0	358,7	398,4	149,1	172,1	181,9	210,0	238,9	52,9	53,7	52,4	58,5	60,0
Alberta	219,7	261,7	289,4	315,9	348,4	128,0	149,8	162,1	190,6	221,8	58,3	57,2	56,0	60,3	63,7
Colombie-Britannique	558,4	637,3	658,3	712,7	814,8	257,8	303,2	344,6	404,3	466,0	46,2	47,6	52,4	56,7	57,2
Yukon	734,1	825,1	906,4	981,3	1,124,4	342,1	390,3	423,8	505,1	594,8	43,4	47,3	46,8	51,5	52,9
Canada	6,510,8	7,514,0	8,043,7	8,786,3	9,631,6	3,272,8	3,765,9	4,195,7	4,817,2	5,473,5	50,3	50,1	52,2	54,8	56,9

a) Voir renvoi au bas du tableau 1 (a)

b) Voir renvois (b) (c) et (d) au bas du tableau 1. Remarque: ngamment que la contribution fédérale ne comprend pas le taux de un pour-cent de l'impôt sur le revenu ni son équivalent en argent comptant.

\* Les données concernant les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon on ne sont pas disponibles.

TABLEAU I

Dépenses globales des gouvernements provinciaux pour les programmes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux (a) et les contributions fédérales du même ordre, (b) de 1975-76 à 1979-80

Partage direct des frais		Financement des programmes établis	
1975-76	1976-77	1977-78	1978-79
\$ millions	\$ millions	\$ millions	\$ millions
6,510.8	7,514.0	8,043.7	8,786.3
Contributions provinciales (a)			
3,272.8	3,765.8	4,195.7	4,817.2
au comptant (c)	3,272.8	2,101.0	2,497.5
champ fiscal (d)	---	2,094.7	2,319.7
pourcentage des contributions fédérales	50.3	52.2	54.8
au comptant (c)	50.3	50.1	56.8
champ fiscal (d)	---	26.1	28.4
		26.1	26.2

(a) Les dépenses des gouvernements des provinces (à l'exclusion du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest) sont inscrites dans les comptes publics provinciaux sous forme de paiements au comptant (et vérifiées après consultation directe avec chaque province). Ces chiffres ne comprennent pas (sont dans les cas où il est impossible de séparer les données) le coût de l'administration de l'assurance-hospitalisation et des services diagnostiques ni sous celle des soins médicaux. On ne peut pas cependant comparer ces dépenses des gouvernements provinciaux aux coûts des programmes fédéraux que l'on pouvait partager en 1975-76 et 1976-77 puisqu'il pouvait exister des différences de détails entre les programmes respectifs.

(b) Il ne s'agit pas de paiements au comptant mais de droits aux contributions fédérales (ces droits ne concernent ni le Yukon ni les Territoires du Nord-Ouest). Pour les années fiscales 1975-76 et 1976-77 ces droits sont les derniers tombant sous la loi des soins médicaux et les prestations calculées dans le cadre de la loi de l'assurance-hospitalisation et des services diagnostiques. Pour les années fiscales 1977-78, 1978-79, 1979-80 la nature de ces droits provient de calculs préliminaires respectant les termes du RPE (moins un pour-cent de l'impôt sur le revenu et l'argent comptant équivalent) et préparés par le ministère des finances et le ministère de la santé nationale et du bien-être social.

(c) La contribution à payer comptant relative au RPE comprend ici la contribution de base et les paiements de rajustement provisionnaire (tels que définis par la loi), moins la valeur équivalente d'un pour-cent de l'impôt sur le revenu, paiements allant aux programmes de l'assurance hospitalisation et des soins médicaux, utilisant (à titre d'essai) la formule définie par la loi, et fixée à 68% de la contribution totale en attendant l'évaluation définitive des contributions et des coûts partagés durant l'année fondamentale.

(d) La partie des impôts vités de la contribution fédérale relative au RPE est la valeur du transfert de ces impôts moins un pour-cent de l'impôt sur le revenu, contribution ajoutée d'une façon arbitraire aux programmes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux dans la même proportion que le pourcentage de la totalité de l'impôt comme il est indiqué pour l'octroi de la contribution au comptant.

tableau sous forme d'indices. Mais lorsqu'on compare ces données au Produit local brut de chaque province c'est alors que l'on voit une fois de plus les différences entre les provinces et la véritable signification des paiements fédéraux de péréquation. La moyenne des dépenses provinciales constitue 5,4 pour-cent de la totalité du Produit local brut des provinces. Mais cette moyenne qui est de 3,9 pour-cent en Alberta, de 9,4 pour-cent dans l'Île du Prince-Édouard et de 8,9 pour-cent à Terre-Neuve est jugée dramatique ou considérable selon les points de vue de chacun. L'Ontario et le Québec, les deux plus grandes provinces, dépendent respectivement 4,8 pour-cent et 6,5 pour-cent. Ces informations nous donnent une idée de la part des revenus publics allouée par chaque province au financement des services de santé, mais cela ne veut pas dire que les provinces produisent des services de santé équivalents, toutes proportions gardées.

Et finalement, le neuvième tableau donne un résumé de la majoration de toutes les dépenses fédérales et provinciales pendant une période de quatre années (à savoir: les deux dernières années dans le cadre du programme de frais partagés et les deux premières du FPE).

Comme l'on s'y attendait, une plus faible augmentation du pourcentage lorsque le FPE est en vigueur indique les résultats de la restriction des programmes et l'intérêt suscité pour les services de remplacement à coûts moins élevés.

### Que nous réserve l'avenir?

Ce qui précède laisse prévoir qu'un certain nombre de provinces, surtout les provinces atlantiques, ne peuvent pas s'attendre à élargir le champ de leurs services de santé de façon à y inclure entre autres les programmes de médicaments et de soins dentaires.

Quelques provinces voudraient que l'on adopte de nouveau l'ancien programme des frais partagés tandis que la majorité des provinces préfèrent les accords qui favorisent l'octroi de sommes globales. La mise en place d'un plus vaste programme de Frais Partagés pour les provinces pauvres

Puisque le principe de l'octroi de sommes globales semble être fermement établi, la seule chose qui resterait à faire au gouvernement fédéral serait de partager avec les provinces pauvres le coût des services assurés supplémentaires que ces provinces voudraient prodiguer.



Le premier tableau fait une comparaison entre les deux dernières années du plan de frais partagés et les trois premières années du régime du FFE. Il indique que durant une période de cinq ans, la part du gouvernement fédéral du coût des deux programmes a augmenté de 50,3 pour-cent à 56,8 pour-cent. Comme on l'a fait remarquer, ce résultat était prévu parce que le gouvernement fédéral avait l'intention d'augmenter les revenus des provinces et parce qu'on s'attendait à ce que les provinces réduisent les frais des deux programmes tout en mettant l'emphasis sur d'autres aspects de leurs programmes de santé.

Le deuxième tableau compare la contribution fédérale aux dépenses de chaque province. D'après les nouveaux accords fiscaux l'augmentation globale de la participation fédérale ne fut que de 50,3 pour-cent à 56,9 pour-cent (soit 6,6 pour-cent); cependant, pour chaque province, les frais variaient considérablement, allant d'un demi pour-cent pour le Québec (dont le plan d'assurance-hospitalisa-tion est le plus coûteux au Canada *par personne*) à 13,1 pour-cent pour le Nouveau-Brunswick, et 15,1 pour-cent pour l'île du Prince-Edouard.

Mais, du moment que l'idée d'adopter l'octroi de sommes globales et de permettre aux gouverne-ments provinciaux d'utiliser les fonds fédéraux comme bon leur semblait dans leurs programmes de santé, les données les plus significatives que l'on trouve dans les tableaux 3 et 4 révèlent le pourcentage des contributions fédérales par rapport à toutes les dépenses encourues par les provinces dans la mise en oeuvre de leurs programmes de santé. Le tableau 3 indique que la contribution fédérale aux dépenses des programmes de santé de toutes les provinces est passée de 39,7 pour-cent en 1975-76 à 44,7 pour-cent en 1979-80.

Mais comme l'indique le tableau 4, le pourcentage varie de nouveau entre les provinces, mais les écarts ne sont pas aussi grands que dans les chiffres du deuxième tableau.

La contribution fédérale dépasse 50 pour-cent dans les quatre provinces atlantiques; le pourcen-tage n'atteint pas les 50 pour-cent dans les autres provinces, et l'on peut supposer qu'on voulait qu'il en soit ainsi.

Les conséquences du FFE sur les budgets provinciaux sont analysées d'une autre façon dans le tableau 5 qui révèle les dépenses provinciales relatives aux programmes de santé. Ce qui est peut-être surprenant est le fait que, dans l'ensemble, les sommes versées par les provinces aux différents programmes de santé représentent exactement la même proportion du budget total (28,6 pour-cent) en 1979-80 qu'en 1975-76. Il existe encore des différences parmi les provinces mais elles sont minimes. Cinq provinces augmentèrent leurs allocations aux programmes de santé tandis que dans le cas des autres provinces, le budget total dépassa légèrement les octrois de fonds aux programmes de santé. Il est évident que ce genre de comparaison ne donne pas toute la clarification voulue, à cause du rôle joué par tous les facteurs sur une partie du budget ou sur sa totalité. Le cas du Manitoba en 1977-78 prouve bien ce point; cette année-là le budget ne fut augmenté que de 0,1 pour-cent; il s'ensuivit que le pourcentage de la somme consacrée aux programmes de santé passa de 34,0 à 36,6 pour-cent. À la suite de modifications budgétaires en 1979-80, ce pourcentage tomba à 32 pour-cent, et pourtant le Manitoba vint en deuxième place, après la Colombie Britannique, quant à l'allocation budgétaire aux programmes de santé. Pour bien comprendre l'influence de tous les facteurs possibles sur un budget provincial, il faut ajouter un supplément d'information; c'est l'objectif des tableaux 6 et 7. Le sixième tableau donne un résumé des sommes versées par les provinces aux programmes de santé *par personne* durant la période de 5 ans allant de 1975-76 à 1979-80.

La moyenne nationale des dépenses provinciales par personne est de 588 dollars 37. Trois provinces (la Colombie Britannique, l'Alberta et le Québec) ont dépassé la moyenne nationale par toutes les autres provinces elle était inférieure et dans les provinces atlantiques elle était inférieure de presque 10 pour-cent. Les dépenses relatives de chaque province se trouvent dans le septième

Grâce surtout à la décision de calculer les octrois au comptant d'après une moyenne variable de trois ans basée sur le Produit National Brut en 1973-74, 1974-75 et 1975-76, années d'inflation galopante, les octrois au comptant furent plus élevés que prévus. De plus, par suite du ralentissement économique après 1975-76, le transfert d'une partie des impôts ne rapporta pas les revenus espérés de telle sorte que les octrois au comptant s'en trouvèrent augmentés en proportion.

Les provinces alléguèrent que la plus grande partie de cette augmentation se trouva neutralisée par le compromis qui garantissait des revenus au taux de 2% des impôts, or les provinces avaient calculé qu'il leur fallait un taux de 4% pour garder le montant des recettes provenant des impôts sur le revenu au niveau atteint durant les cinq années précédentes (1972-73 à 1976-77).

J'en conclus que la première partie de l'accusation, à savoir que "les dollars que le gouvernement fédéral allouaient à des programmes de santé ont été utilisés à d'autres fins" n'est pas fondée. Les gouvernements provinciaux devaient avoir plus de liberté dans la répartition des fonds aux programmes de santé si l'on s'attend à freiner l'expansion des régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux, les deux programmes dont la mise en oeuvre était assurée auparavant par le plan des frais partagés; c'est la raison principale qui explique l'adoption de l'octroi des sommes globales.

Seul le système d'octrois au comptant constituait (et constitue toujours) un paiement sous réserves du gouvernement fédéral aux provinces, et il est évident que la totalité des fonds reçus par les provinces sous forme d'octrois au comptant a été allouée à des programmes de santé.

## Les Effets financiers du FPE

Je passe maintenant à l'étude des effets financiers des nouveaux accords conclus entre le gouvernement fédéral et les provinces. Les statistiques sont données dans les neuf premiers tableaux. Pour la préparation de ces tableaux sommaires, les gouvernements fédéral et provinciaux furent consultés et tous donnèrent leur entière collaboration. La compilation de toutes les données et la préparation des tableaux fut entreprise par la section des Sciences économiques de la santé et de l'analyse des informations, organismes qui font partie du Ministère de la santé nationale et du bien-être social. Les tableaux furent ensuite vérifiés par les ministères provinciaux de la santé et des finances.

L'on doit insister sur le fait que les deux premiers tableaux se rapportent aux deux programmes établis de santé; tous les autres traitent de l'ensemble des dépenses faites par les provinces dans le domaine de la santé. Il faudrait faire remarquer que toute tentative similaire pour recueillir et compiler tant de données est longue et très difficile, surtout lorsqu'il s'agit de faire des comparaisons entre les provinces, du fait que les dépenses occasionnées par la réalisation d'objectifs semblables ne sont pas toujours classées de la même façon. Il fallait aussi connaître les dépenses faites dans le domaine de la santé par d'autres organismes tels que les Services sociaux, le bureau du procureur général, le département des corrections, etc.

Il faudrait mentionner également que dans le cadre des accords sur les frais partagés (1975-76 et 1976-77), les données concernant les dépenses des hôpitaux représentent les frais que le gouvernement fédéral "pouvait partager" tandis que sous le plan du FPE ces frais relèvent de la compétence des autorités provinciales.

Il faut aussi se rappeler (comme on l'a expliqué précédemment) que la contribution fédérale ne comprend pas les deux pour-cents fixés lors des négociations sur la garantie des revenus.

En conséquence, une étude plus approfondie des octrois ou d'autres décisions pourraient changer légèrement quelques chiffres provinciaux sans toutefois apporter de grands changements à l'ensemble du tableau.

(c) Le Très Honorable P.E. Trudeau, Premier Ministre:

"Les provinces consentaient à dépenser les fonds alloués par le gouvernement fédéral au financement des programmes établis dans les domaines spécifiés, après avoir révélé publiquement leur provenance, sans devoir toutefois puiser dans leurs caisses pour dépenser le même montant, peu importe la nature des dépenses."<sup>3</sup>

2. Vraiment, on s'attendait à ce que les provinces, seules responsables maintenant du taux d'augmentation du coût des programmes hospitaliers et de soins médicaux fassent des efforts (ou les continuent, dans le cas de la plupart d'entre elles) pour réduire le coût des deux programmes établis dont le pourcentage d'augmentation avait dépassé de beaucoup celui de l'indice des prix à la consommation; c'était d'ailleurs le but de la loi du F.E. Voici à ce sujet les témoignages sans équivoques:

de l'Honorable Marc Lalonde:

"Toutes les économies résultant de la diminution des services ne seraient pas partagées par le gouvernement fédéral puisque notre contribution aux programmes établis ne dépendrait pas directement du coût des programmes."<sup>4</sup>

de l'Honorable Donald MacDonald (qui expliquait pourquoi le gouvernement fédéral insistait que le financement des programmes établis FPE commence le premier avril 1977, par rapport à l'assurance-hospitalisation, bien que les accords sur l'assurance-hospitalisation ne prennent fin avant juillet 1980):

"S'il en était autrement, les provinces ne seraient guère tentées de contrôler entre-temps les dépenses de leur régime d'assurance-hospitalisation. Elle est la raison de mon attitude."<sup>5</sup>

du Très Honorable P.E. Trudeau:

"(L'objectif du FPE) correspond au mot d'ordre actuel et futur, à savoir la contrainte en matière fiscale, en donnant aux provinces de meilleures raisons pour mettre en vigueur des mesures reconnues difficiles, destinées à ramener à un niveau raisonnable les dépenses faites dans ces domaines."<sup>6</sup>

"Les provinces n'auront plus à dépenser un dollar provincial pour recevoir un dollar fédéral."<sup>6</sup>

L'étude de cette question complexe soulève plusieurs points importants.

L'application de l'expression "contributions fédérales" aux soins médicaux hospitaliers, comme nous l'avons vu, contient deux suppositions, à savoir: (1) que les impôts vités, abandonnés par le gouvernement fédéral au bénéfice des provinces n'en constituent pas moins une "contribution" fédérale (conformément à la définition légale que l'on trouve dans l'article 17 de la loi), même si la responsabilité de lever ces impôts relève maintenant des gouvernements provinciaux; et (2) que la répartition des sommes globales provenant des "octrois au comptant" et des "champs fiscaux" entre l'enseignement supérieur, l'assurance-hospitalisation et les régimes d'assurances des soins médicaux, se fasse, dans ces domaines, dans les mêmes proportions que durant l'année fondamentale 1975-76 (ces proportions étant de 32,4 pour-cent pour l'enseignement supérieur, de 49,9 pour-cent pour l'assurance-hospitalisation, et de 17,7 pour-cent pour le programme de soins médicaux). En fait, puisque ce sont *vraiment* des sommes globales, on se demande si les paiements effectués par le gouvernement fédéral devraient continuer à être alloués et désignés de cette façon.

<sup>3</sup> Congrès fédéral-provincial des Premiers Ministres, le 14 juin 1976.

<sup>4</sup> Congrès des Premiers Ministres du 13 décembre 1976.

<sup>5</sup> Déclaration du Premier Ministre au Congrès fédéral-provincial des Premiers Ministres du 13 décembre 1976.

<sup>6</sup> Déclaration faite à la Presse par le Premier Ministre à la suite du Congrès fédéral-provincial des premiers ministres, le 14 décembre 1976.



## CHAPITRE 2

### Les Accords concernant l'allocation des Fonds fédéraux et les Dépenses des provinces

Au cours des audiences que je présidais, l'on a soutenu que quelques provinces avaient utilisé "les fonds fédéraux de santé" à la réalisation d'objectifs non sanitaires, avec le résultat que quelques programmes provinciaux se trouvaient "sans fonds suffisants" et que quelques médecins décideraient de se retirer du programme ou d'exiger des honoraires additionnels. Le programme des soins médicaux en "souffrit."

Après examen de ces dépositions, j'en suis venu à la conclusion que nous avions affaire à deux points importants, distincts et pas forcément connexes, à savoir, en premier lieu, le problème complexe de la transférabilité de fonds fédéraux aux provinces dans le cadre de la Loi sur les accords fiscaux pour les programmes établis (1977), et ensuite, comme il fallait s'y attendre, le fait de savoir si les provinces observaient les conditions stipulées par les lois sur l'assurance-hospitalisation et l'assurance des soins médicaux.

Dans plusieurs mémoires présentés aux audiences publiques l'on s'efforça d'établir une corrélation entre les accords concernant l'allocation des fonds fédéraux et les programmes provinciaux, mais l'existence d'une corrélation étroite n'est pas nécessairement évidente quand on considère que les dépenses du gouvernement d'une province peuvent dépasser de beaucoup celles du gouvernement fédéral, sans pour cela satisfaire les exigences du programme de santé.

### La Loi sur les Accords fiscaux pour les Programmes Établis (1977)

Les négociations relatives aux accords qui aboutirent à la loi sur les accords fiscaux en 1977 commencent au début des années soixante-dix et les rencontres entre les ministres des finances et les premiers ministres en 1975 et 1976 visèrent surtout à respecter la date de l'échéance des accords de 1972, soit le 31 mars 1977.

La principale raison pour séparer la question des accords fiscaux et celle de leur signification pour les provinces du problème fondamental des principes sous-jacents au système des services de santé est la suivante:

1. L'objectif précis de la loi sur le financement des programmes établis (F P E) était d'éliminer la rigidité de certaines parties du système des frais partagés en vigueur à cette époque.

Les témoignages à cet effet ne manquent pas:

(a) L'Honorable Marc Lalonde, Ministre de la santé:

"Tout d'abord, la tendance vers l'allocation de sommes globales augmenterait grandement la flexibilité dont jouiraient les provinces en ce qui concerne les décisions à prendre au sujet des programmes."<sup>1</sup>

(b) L'Honorable Donald MacDonald, Ministre des finances:

"Accorder aux provinces une plus grande part des impôts (sur le revenu) augmenterait leur flexibilité fiscale."<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Congrès des Premiers Ministres fédéral et provinciaux, le 31 décembre 1976.

<sup>2</sup> Débats de la Chambre des Communes, le 18 janvier 1977.



la fin des années soixante et au début des années soixante-dix les augmentations annuelles furent considérables, dépassant chaque année les augmentations rapportées par l'indice des prix à la consommation.

Ces changements et les controverses qui s'ensuivirent feront l'objet du chapitre suivant.

médicaux et hospitaliers frappant le malade au moment où il est vulnérable. Les Canadiens ont décidé de s'unir pour payer leurs frais médicaux et hospitaliers lorsqu'ils sont en bonne santé et lorsqu'ils touchent un revenu. On ne pouvait plus comparer les services de santé à des articles que l'on achetait dans un rayon de magasin et que l'on payait à la sortie; il n'était pas question non plus de discuter du prix de ces services quand on en avait besoin. Ils constituaient un besoin fondamental, comme l'éducation, mis à la disposition de tous les Canadiens qui pouvaient les payer grâce au système d'impôts.

A mon avis, il est impossible d'exagérer la portée des convictions fondamentales de la population canadienne incarnées dans les lois de l'assurance-hospitalisation et des soins médicaux.

Ces principes furent inscrits dans la loi en ces termes:

Le régime est géré et conçu de façon à fournir, dans des conditions identiques pour tous, les services assurés à tous les habitants de la province susceptibles d'être couverts, et ceci moyennant le paiement d'une somme calculée d'après le coût des services assurés selon des paiements autorisés établis conformément à la loi provinciale ou à tout autre système de paiement permis par la loi provinciale, et basé sur le principe qui prévoit une compensation adéquate pour les services assurés donnés par ceux qui pratiquent la médecine, à condition que ce principe n'entraîne ou n'empêche, directement ou indirectement, par des paiements exigés des personnes couvertes ou autrement, l'accessibilité raisonnable des services assurés aux personnes couvertes.

Le but de la loi est clair, à savoir:

1. La gamme des avantages doit inclure tous les services fournis par les médecins, généralistes et spécialistes.

2. De 90% (minimum) à 95% de tous les habitants d'une province doivent être couverts dans des conditions identiques pour tous.

3. En plus de ces principes qui, en général, donnaient plus de poids à la teneur de la loi sur l'assurance-hospitalisation, le système des frais partagés du Programme de soins médicaux différait de celui du régime de l'assurance-hospitalisation en ce sens qu'il ne tenait pas compte des frais individuels enconnus par les provinces. Une fois additionnées toutes les sommes dépensées par les provinces pour fournir des services médicaux assurés aux personnes couvertes on calculait la moyenne du coût par personne dans tout le pays. La moitié de ce montant était versée à chaque province en tenant en considération le nombre des personnes couvertes de sa population.

Ce changement devait diminuer le taux de la contribution aux provinces où le coût des services était élevé et l'augmenter dans les provinces à bas prix.

## Changements survenus en 1977

Il n'y a pas de doute, ces deux régimes donnaient entière satisfaction à toutes les parties en cause, cependant, un certain nombre de facteurs occasionnèrent d'importants changements en 1977.

- (1) la première anomalie fut la suivante: le gouvernement fédéral partageait seulement les frais de deux services mais il s'agissait des services les plus disponibles et dont le coût augmentait le plus rapidement possible, ce qui créa un déséquilibre dans l'ensemble du système des services de santé; autrement dit, les conditions attachées à ces octrois eurent le mauvais effet d'influencer les décisions provinciales.

- (2) Du point de vue fédéral le danger du système était le manque total de contrôle des dépenses. Chaque année le gouvernement fédéral devait verser 50% de la somme que l'ensemble des provinces avait décidé de dépenser, peu importe le montant de cette somme. A

Nous proposons en outre une complète réorganisation et réorientation des services d'hygiène mentale et d'importants changements au régime d'assurance-hospitalisation. Quoique les services infirmiers ne soient pas considérés comme une entité, il est évident qu'ils constituent un élément important des programmes de soins à l'hôpital et à domicile. Pour assurer la coordination efficace des ressources de la santé, il nous semble indispensable que les soins infirmiers soient administrés comme une partie intégrante de chacun de ces services."

Dans son rapport, la Commission royale d'enquête a fait quantité de recommandations. Sans aucun doute la plus importante conclusion de la Commission fut la suivante: la meilleure façon de réaliser les objectifs de la population canadienne était de créer un régime universel administré par les autorités publiques, un régime englobant douze programmes d'assurance-santé établis dans les douze provinces et les deux territoires et subventionnés par des revenus généraux du gouvernement fédéral; ce régime est préféral à celui qui serait basé sur l'évaluation des ressources personnelles et sur l'octroi individuel de subsides à plusieurs millions de Canadiens et aux chefs de famille afin de leur permettre de souscrire à des régimes privés ou de payer des primes d'assurances commerciales. La Commission a également remis l'accent sur un certain nombre de principes directeurs concernant la loi sur l'assurance-hospitalisation, insistant en particulier sur le principe qui établit que "tous les services personnels de santé doivent être mis à portée de tous les Canadiens sous des conditions identiques."

La Commission insista sur le fait suivant: le développement d'un programme universel de soins de santé "exige une planification soignée, un bon usage des ressources dont nous disposons, et l'acceptation du principe de paiement par anticipation qui permet à tous les Canadiens l'accès aux services de santé."

La Commission a donné aux "accords de paiement par anticipation" la définition suivante: (a) "financement dans une province à l'aide de primes, de primes subventionnées, d'impôts sur les ventes ou autres, de suppléments provenant de revenus généraux provinciaux et (b) à l'aide d'octrois fédéraux, compte tenu des besoins fiscaux provinciaux."

## La Loi sur les Soins médicaux (1966)

La loi sur les soins médicaux différait de celle qui créa le régime des soins hospitaliers en ce sens qu'elle n'exigeait pas des provinces la signature d'un accord avec le gouvernement fédéral ou la vérification des comptes par un comptable fédéral. Les conditions relatives aux contributions fédérales furent désignées sous le nom de "principes" et il y en avait quatre lorsqu'elles furent révélées par le Premier Ministre Pearson au Congrès des Premiers Ministres en 1965, en ces termes: "Premièrement, la gamme des avantages doit englober, généralement parlant, tous les services prodigués par les médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Deuxièmement, le régime doit être universel autrement dit, il doit couvrir tous les habitants d'une province, sous des conditions identiques pour tous. Troisièmement, seul un régime institué pour toute la population peut bénéficier à juste titre d'une contribution fédérale. Quatrièmement, chaque régime provincial doit accorder le transfert total des avantages aux personnes qui s'absentent de la province ou qui déménagent dans une autre province."

Les Canadiens comprennent toute la portée des lois sur l'assurance-hospitalisation et sur les soins médicaux. Ces deux lois, disent-ils, nous font comprendre que, dans notre société, le traumatisme causé par les maladies, la douleur engendrée par les opérations chirurgicales et le lent achèvement vers la mort constituent suffisamment de fardeaux sans avoir à y ajouter celui qui provient des frais

services coûtaient le plus, la contribution monétaire réelle du gouvernement fédéral pour une personne couverte était X pour-cent plus élevée (\$) ) que dans celle où les services coûtaient le moins, malgré le fait que la contribution fédérale à une province à services dispensieux s'élevait à moins de 50%. D'autre part, le plan opératif d'une telle façon que la province aux services les moins coûteux devait dépenser 3 dollars par personne pour obtenir une augmentation de 1 dollar de la contribution fédérale, si cette province décidait d'augmenter de 4 dollars, par exemple, le coût des services.

(7) Le développement des programmes de services hospitaliers dans les dix provinces et les deux territoires aboutit en fait à un programme national grâce à l'interaction des contributions et des normes fédérales, surtout des normes qui exigeaient une définition précise quant au domicile et à la transférabilité des avantages. En général, le programme répondait à un double objectif: préparer un budget pour couvrir les soins hospitaliers individuels et bailier des fonds aux caisses des hôpitaux.

## La Commission Royale d'enquête, sur les Services de Santé

Telle était la situation en 1961 lorsque le gouvernement fédéral nomma une Commission royale d'enquête sur les services de santé. Cette commission comprenait le Dr. D.M. Baltzan, médecin interne de renom, bien connu dans tout le Canada et à l'étranger; le Dr. Arthur F. Van Wart, ancien président de l'Association médicale du Canada; le Dr. C.L. Strachan, ancien président de l'Association dentaire du Canada; Mlle Alice Girard, qui fut Doyenne du Département du Nursing à l'Université de Montréal; deux personnes choisies en dehors de la profession médicale: le Dr. O.J. Firestone, économiste et moi-même en tant que Président, et, de la Ville de Québec, le Dr. Pierre Jobin qui participa aux délibérations de la commission comme expert en médecine. Monsieur M. Wallace McCutcheon, commissaire au début, avait démissionné en août 1962 après sa nomination au Sénat et au Cabinet ministériel.

On voit que tous les aspects de la santé avaient de nombreux représentants; la raison en est que tous les Commissaires voulaient connaître et bien comprendre leurs inquiétudes et leurs craintes.

## Le Rapport de la Commission

Le rapport de la Commission fut unanime à recommander la création d'une Charte de la Santé pour le Canada. Pour atteindre les objectifs de la Charte, la Commission a proposé en partie:

1. "Que le gouvernement fédéral s'accorde avec les provinces pour leur verser des subventions calculées d'après un barème fondé sur les besoins fiscaux, afin de leur venir en aide pour la mise en oeuvre et l'administration de programmes provinciaux complets et universels de services de santé personnels, et que le gouvernement fédéral en fasse autant pour le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest. Les programmes doivent inclure les services suivants, tout en réservant aux provinces le droit de déterminer l'ordre de priorité de chaque service et le moment de son implantation:

- Services médicaux,
- Services dentaires pour les enfants, les femmes enceintes et les bénéficiaires de l'assistance publique,
- Services d'ordonnances,
- Services d'optique pour les enfants et les bénéficiaires de l'assistance publique,
- Services de prothèses,
- Services de soins à domicile



## La Loi sur l'Assurance-Hospitalisation et les Services Diagnostiques

En 1957 le gouvernement fédéral promulgua la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, grâce surtout aux pressions exercées par plusieurs provinces (avec l'Ontario en tête) pour renouveler l'offre faite en 1945.

Cette intention de légaliser un consensus national fut le point de départ du plus vaste programme jamais mis en vigueur au Canada, un programme unique exigeant une étroite collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Les précédents créés par le programme justifient le rappel des principes formulés par la loi, à savoir:

(1) Il s'agissait d'un octroi sous réserves, avec cette stipulation que les fonds alloués par le gouvernement fédéral n'aillent qu'à des programmes remplissant les conditions exigées par ce gouvernement.

(2) Le programme devait être universel, c'est-à-dire obligatoire en principe.

Dans les négociations traitant de la terminologie, l'expression "disponible pour tous" fut adoptée pour remplacer le mot "obligatoire". Ce détail ne concernait évidemment pas les sept provinces qui avaient abandonné ou qui n'avaient pas utilisé le système de primes.

(3) Le gouvernement fédéral déterminait les services considérés comme "services assurés". Ils étaient nombreux et comprenaient les services médicaux touchant la radiologie et les examens de laboratoire.

(4) Toutes les personnes pouvaient bénéficier des services assurés produits sous "des conditions identiques pour tous". Cette clause écartait une politique préconisée en ce moment-là par les associations hospitalières et médicales et par les compagnies d'assurance; d'après cette politique, les personnes de revenus maigres pouvaient se faire inscrire dans des régimes privés après avoir subi un examen pour évaluer le montant de leurs avoirs.

(5) En ce qui concerne la coassurance offerte par les "frais encourus par les usagers des services", deux points furent ajoutés à la loi: un empêchement et une pénalité.

(a) Les frais "préventifs" (la Loi fait allusion à ces prix sous le nom de "paiements autorisés") ne doivent pas entraver ou exclure l'accessibilité aux services assurés.

(b) Si une province exigeait des paiements des usagers des services, ces paiements ne pourraient pas être considérés comme des revenus ou des dépenses du gouvernement provincial et ne seraient donc pas défrayés par le gouvernement fédéral dans le cadre du régime des frais partagés; autrement dit le ministre provincial des finances perdrait en contributions du gouvernement fédéral la moitié de toutes les sommes payées aux hôpitaux par les malades. (Les primes ne sont pas considérées comme des "paiements exigés des usagers".)

(6) Le régime des frais partagés élaboré par le gouvernement fédéral était complexe et basé sur un certain nombre de facteurs, à savoir:

(a) La contribution totale du gouvernement fédéral aux provinces devait dans l'ensemble s'élever, dans tout le pays, à 50% du coût des services assurés.

(b) La répartition entre les provinces devait indiquer pour chaque province le coût des services assurés, en proportion inverse, ce qui voulait dire que les provinces à services peu coûteux récupéreraient plus de 50% de leurs frais et les provinces à services plus dispendieux moins de 50%. Cette façon de faire devait encourager les provinces à maintenir le coût des services au-dessous de la moyenne nationale.

(c) La plus grande anomalie du régime venait du fait que, dans la province où les

organismes et des participants à la "S.O.S. Medicare Conférence", congrès tenu à Ottawa les 4, 5 et 6 novembre -- j'y étais -- prouve le grand intérêt manifesté par la population en faveur du Programme de soins médicaux.

La demande dans tout le pays pour le Programme de soins médicaux est un fait acquis. Il faut que les Canadiens commencent maintenant à améliorer le programme actuel. À l'échelon mondial c'est l'un des meilleurs programmes de santé qui existent actuellement, ce qui ne signifie pas l'absence de sérieuses difficultés et d'inégalités flagrantes. Si l'on ne s'attaque pas à ces problèmes sérieux et si on ne les résout pas, l'efficacité du programme pourrait grandement s'en ressentir.

En tant que Commissaire spécial, mon rôle, à mon avis, était d'évaluer le programme des services de santé, c'est-à-dire de voir si le programme n'avait pas atteint les objectifs espérés et dans quels domaines et de trouver les moyens pour combler les lacunes existantes. Mon rôle n'était pas de présider à la dégradation d'un programme frappé de vétusté.

## L'Évolution des Soins de Santé au Canada

L'évolution des programmes organisés au Canada est longue et variée, et caractérisée par des initiatives tentées à la fois dans le secteur privé (bénévole et commercial) et dans le secteur public (gouvernemental). Les moyens de contrôle en vigueur dans les compagnies minières, les systèmes de fiches favorisés par les hôpitaux, les programmes conçus par les médecins de campagne, les "sociétés d'amis", la Croix Bleue, les assurances commerciales, les plans médicaux adoptés dans tout le pays et enfin les programmes mis sur pied par les gouvernements fédéral et provinciaux témoignent de la durée des efforts consacrés à la recherche de solutions à trois problèmes connexes, à savoir:

- (1) trouver des fonds pour les soins de santé
- (2) préparer un budget couvrant les frais imprévisibles des maladies, des accidents et des infirmités frappant les particuliers et les familles
- (3) trouver des revenus suffisants pour assurer la création de services de santé

Mais lorsqu'il s'agit de projets, l'histoire démontre, dans la plupart des cas, qu'il est plus facile de se mettre d'accord sur la création d'objectifs que sur les moyens de les réaliser ce qui explique que l'idée de procurer des services de santé aux citoyens qui en avaient besoin s'est trouvée mêlée à des sujets tels que primes, évaluation des biens, solvabilité, résidence dans la municipalité et la province, juridiction fédérale et provinciale, barèmes des cotisations, honoraires additionnels, degré d'expérience, attentes, modalités résiliables, méthodes de paiement, impôts et responsabilités non établies.

La première tentative d'importance du gouvernement pour développer à l'échelon national un meilleur système de soins de santé eut lieu en 1945 lorsque le gouvernement fédéral proposa de payer aux provinces 60% des dépenses que coûterait l'implantation d'un vaste programme de services de santé, mais il fallut que les provinces acceptent le transfert d'impôts échouèrent (elles devaient aboutir plus tard) et la tentative d'établir des services de santé sur le plan national fut retardée.

Mais l'Association médicale du Canada et les compagnies d'assurance appuyaient fortement les propositions fédérales et les débats sur ces propositions à la Chambre des Communes en 1943 firent beaucoup de bruit et contribuèrent à mettre en relief les notions d'action coopérative et de paiements par anticipation, notions jugées indispensables pour résoudre un problème fondamental pour tous les citoyens.

## En se basant sur ce texte, on m'a confié la mission suivante:

- (1) "Voir jusqu'à quel point les objectifs énoncés dans la Charte de santé des Canadiens ont été réalisés;
- (2) Étudier le degré de réalisation atteint dans des domaines relatifs à la santé, tels que transférabilité, accessibilité adéquate, protection universelle et totale, administration publique, indemnisation convenable et uniformité des conditions;
- (3) Juger de la nécessité d'autres principes essentiels au système d'assurance-santé;
- (4) Étudier la nature et l'ampleur des révisions à apporter à la loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques ainsi qu'à la loi des soins médicaux et à d'autres mesures législatives de même ordre;
- (5) Voir s'il existe d'autres moyens qui permettraient aux pouvoirs publics de s'acquitter le mieux possible de leurs responsabilités dans les domaines mentionnés ci-dessus.<sup>2</sup>

Comme directeur de l'Examen, je devais consulter les ministres fédéral et provinciaux de la santé et des services sociaux, les personnalités officielles de leur ministère, les associations défendant leurs intérêts. L'on m'a demandé également d'étudier et de réviser les données disponibles et d'élargir le champ de mes consultations lorsque nécessaire.

Le rapport de l'Examen devait être publié avant le 31 mai 1980. Il me fut impossible de respecter cette date limite, premièrement parce que les élections fédérales de février m'obligèrent à reculer la date de toutes les audiences publiques et ensuite parce que des particuliers (malades et répondants) et des organisations continuaient à nous envoyer presque tous les jours, jusqu'à la date de la mise sous presse du rapport, mémoires, articles et recommandations. Une prolongation fut donc accordée, puis l'on me demanda de faire traduire le rapport en français et de le faire imprimer dans les deux langues.

Comme on pouvait le voir, le champ d'action délimité par les conditions du mandat était vaste. Il fallait faire un examen complet de tous les aspects du programme de santé établi dans tout le pays à partir de l'année de sa mise en vigueur dans chaque province. Dans le cadre du champ d'action autorisé par les conditions du mandat, le public et tous ceux qui prirent part aux audiences firent ressortir le besoin pressant d'étudier et de résoudre un plus grand nombre de problèmes relatifs à la santé afin de donner au Canada un véritable programme national de services de santé.

Il fallait s'y attendre, vu les aspirations des Canadiens depuis 1970 et leur consensus à l'adoption d'un programme national de santé à la suite de la parution du Rapport de la Commission royale d'enquête de 1964 et 1965.

## Le Programme de Santé

Chez les particuliers et parmi les membres des gouvernements, de la profession médicale et des associations établies de santé je n'ai trouvé personne qui n'était pas en faveur du Programme de soins médicaux. Il faut dire qu'il existait des différences d'opinion quant à l'organisation et à l'implantation du Programme, mais personne ne voulait qu'on y mette fin. La société de consommation, les syndicats et les particuliers avaient à cœur le maintien du Programme. L'enthousiasme des

<sup>2</sup> Les conditions du mandat donné à l'Hon. Emmett M. Hall, C.C., C.R. par l'Hon. M. David Crombie, ministre de la santé nationale et du bien-être social pour l'Examen des Services de Santé '79.

## CHAPITRE I

### Les Conditions du Mandat

Les conditions du mandat se basent sur *La Charte de santé des Canadiens* proposée pour adoption par la Commission royale d'enquête sur les services de santé dans le premier volume de son rapport publié en 1964.<sup>1</sup>

#### Recommandations de La Charte de santé des Canadiens:

"La réalisation des normes de santé les plus élevées au bénéfice de toute la population doit devenir un objectif premier de la politique nationale et un facteur de cohésion propre à renforcer l'unité nationale, mettant en cause le sens des responsabilités et l'action des particuliers et des communautés. La meilleure façon de réaliser un tel objectif est de mettre sur pied un vaste programme universel de services de santé à l'intention de la population canadienne.

**Implanté** en tenant compte des accords relatifs à l'évolution du régime constitutionnel du Canada;

**Fondé** sur des professions libres indépendantes et autonomes;

**Financé** au moyen d'un système de paiement anticipé;

**Réalisé** avec la collaboration entière du public, des professions médicales, des organismes privés, de tous les partis politiques, et des gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux; **Visant** à l'utilisation optimum des ressources de santé du pays pour atteindre les plus hauts niveaux de bien-être physique et mental."

#### Texte de la préface des conditions de mon mandat:

1. "La loi fédérale sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques existe depuis 21 ans et la loi sur les soins médicaux, depuis 11 ans.
2. Le cadre socio-économique dans lequel sont appliqués les programmes publics d'assurance-santé a grandement changé au cours de cette période.
3. Les priorités et les techniques en matière de soins ont subi un développement constant.
4. Les programmes d'assurance-santé eux-mêmes ont évolué durant cette période et leur financement au niveau fédéral et provincial a été modifié.
5. Différents groupes et particuliers s'inquiètent de quelques aspects de l'application des soins médicaux.
6. Les ministres provinciaux ont promis leur "appui total à toute activité visant à clarifier et à réévaluer les programmes de soins."





## Chapitre 7

71	La soumission de l'Association Canadienne des infirmières
71	Le concept de "Tous sur salaire"
72	Les cliniques de santé communautaires
72	Les approches infirmières aux soins de santé
72	L'infirmière, agent de soins primaires
77	L'infirmière et les nouveaux points d'accès
77	Recommandations
80 - 85	Les Tableaux 20 - 25

## Chapitre 8

87	Services de santé dans les postes isolés
87	Les postes d'infirmières
87	Le service d'évacuation par avion
87	L'Ecole de Médecine du Manitoba
87	L'audience à Thunder Bay
88	Labrador
88	Le rapport du Docteur P. Sarsfield
89	L'Association internationale Grenfell
89	Services de santé pour les Indiens
89	La Fédération des Indiens de la Saskatchewan
91	La Fraternité des Indiens du Canada
91	L'Association des Indiens de l'Alberta
91	L'Union des chefs Indiens de la Colombie-Britannique
91	Recommandations

## Chapitre 9

95	Les professionnels de la santé
95	Services de soins psychologiques
95	La profession des pharmaciens
95	La profession des opticiens
95	La profession des chiropraticiens
100	Services de prothèses
100	Avortement
100	Fluorisation
100	Les sports professionnels et les blessures subies
100	Conclusion
101	Financement, Nécessité de recherche
101	Coopération
102	La priorité des services de santé

## Appendices

102	Les audiences
-----	---------------

## Chapitre 4

Les normes nationales .....	39
La portabilité	
L'étendue	
L'accessibilité	
Primes	
Frais de salle d'hôpital	
Coût à l'usager	
Fermeture des lits	
L'administration publique	
Protection universelle	
Frais	
D'autres services	
Le programme dentaire des enfants	
Prévisions non réalisées	
L'avenir	

## Chapitre 5

Les hôpitaux .....	49
Des proportions, Tableau 15	
L'avenir	
Les projections de la population	
Besoins prévus	
Le coût	
Les économies	
Tableaux 12 - 19 .....	52 - 59
L'Association canadienne de hôpitaux .....	60
Hôpitaux d'enseignement	
Le Conseil de santé du Canada	
Le Conseil canadien d'agrement des hôpitaux .....	61
Chapitre 6	
Le genre de vie et soins de santé .....	63
La médecine préventive .....	63
Les avantages économiques des soins de santé	
L'article du Docteur Aaron Wildavsky	
La médecine de réadaptation .....	66
L'article du Docteur Gustave Gingras	
L'assistance individuelle, l'aide mutuelle et la santé .....	68
Le groupe de leucémie, Montréal	
Le groupe du Mount Carmel Clinic, Winnipeg	
Les soins de santé communautaires .....	69
Recommandations	

# Table des Matières

Page	Chapitre 1
1	Les conditions du mandat
2	La conduite de l'Examen
2	Le programme de santé
4	La Loi sur l'assurance-hospitalisation
5	Le rapport de la Commission royale d'enquête
6	La Loi sur les soins médicaux (1966)
7	Déclaration des principes
9	La Loi sur les accords fiscaux pour les programmes établis
11	Conclusion sur la diversion des fonds
11	Les effets financiers du FPE
13	L'avenir
13	Frais partagés pour les Provinces pauvres
14 - 22	Les tableaux 1 - 9
23	Les questions principales
	La profession médicale
	L'état
	Une solution
24	Le rapport Stoddart et Woodward
26	Honoraires additionnels
	Le vrai problème
	Contrainte
	Recommandations
29	Le barème des tarifs
	Non-participation
29	Recommandations
	Les accords de Saskatoon
	Recommandations
30	La législation du Québec
31	La législation de l'Ontario
32	Honoraires additionnels, refus de l'accessibilité
32	La rémunération des médecins
	Recommandations
33	L'enquête Wolfson
33	L'enquête Fraser
34	Le potentiel médecin
	Etude des effectifs
	Participation des doyens des facultés de la médecine
37 - 38	Le Conseil consultatif canadien sur le statut des femmes
	Les tableaux 10 - 11



## REMERCIEMENTS

Dans l'acquiescement de la tâche qui me fut confiée, j'ai reçu la coopération et l'appui des professionnels de la santé, de groupes d'hommes d'affaires et d'ouvriers ainsi que de nombreux organismes bénévoles et de bien des particuliers. Je dois une dette de reconnaissance à tous, pour le nombre imposant d'articles qui me furent soumis et pour les nombreuses suggestions reçues. Nous avons reçu quelque 450 mémoires. Le Ministère de la santé nationale et du bien-être social et ses agents officiels, tous les gouvernements provinciaux, les conseils et les autorités officielles qui oeuvrent dans le domaine de la santé pour ces gouvernements m'ont fourni une aide précieuse. On a répondu avec promptitude à toutes mes demandes de données ou de statistiques, et de renseignement supplémentaire provenant de sources variées.

Je tiens à exprimer une vive reconnaissance à tous ceux qui ont soumis des mémoires et à tous ceux qui honorèrent de leur présence les audiences dans les dix provinces et les Territoires du Nord-Ouest. La réponse du public fut variée et sans détours. A maintes reprises, la profession médicale, séparément ou en groupe, fit connaître son opinion sur de nombreux aspects des services de santé.

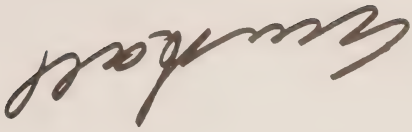
Mon directeur de recherches fut le D. Malcolm G. Taylor, de l'Université de York, une autorité bien connue qui a publié des articles dans le domaine de la santé. Le D. Taylor assumait la lourde charge de faire une étude approfondie des contributions financières fédérales et provinciales aux programmes hospitaliers et médicaux. Il s'acquitta de sa tâche à la perfection. Nous lui sommes redevables surtout du deuxième chapitre et les tableaux 1-9 témoignent de l'étendue de ses recherches. Ces tableaux indiquent sans contredit les contributions antérieures et actuelles des deux paliers de gouvernement aux programmes de santé.

A Montréal j'eus le bonheur de compter sur l'aide du D. Alice Girard, l'une des personnes qui rédigèrent en 1964 la Charte de santé pour le Canada.

Mon personnel, réduit, comprenait M. Donald N. Macleod, dont les services me furent prêtés par le Ministère à Ottawa. M. Macleod incombait la tâche d'organiser les audiences publiques, ce qu'il fit avec beaucoup de compétence.

J'aimerais adresser mes plus vives reconnaissances à Madame Louise Cyr qui au début remplit les fonctions de secrétaire-administrateur et assumait par la suite les fonctions de trésorier-gérant. Dans les derniers stades, elle surveilla la traduction et la mise sous presse du Rapport. Les services de Madame Lucille Classen et de Mlle Diane Morris furent également très appréciés et je leur en suis reconnaissant. J'adresse aussi mes remerciements à Mr. R. Klotz du Ministère, qui, de son bureau à Ottawa, fournit à mon personnel une aide d'une valeur inestimable.

A tous ceux qui ont prêté leur concours, d'une façon ou d'une autre, remerciements sincères.



Emmett M. Hall

## EXAMEN DES SERVICES DE SANTÉ '79

Le 29 août 1980

L'Honorable Monique Bégin  
Ministre de la santé nationale  
et du bien-être social  
Ottawa, Ontario

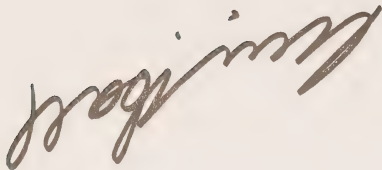
Chère Madame Bégin:

En tant que Commissaire Spécial nommé par l'Honorable David Crombie pour examiner l'état des services de santé au Canada, conformément aux conditions du mandat accepté par M. Crombie et les ministres provinciaux de la santé après leur réunion du 17 septembre 1979, je vous soumetts mon Rapport.

J'ai tenu des audiences publiques dans toutes les provinces et dans les Territoires du Nord-Ouest. En tout j'ai reçu quelque 450 mémoires, mémoires soumis à ces audiences ou reçus par courrier.

J'ai autorisé la mise sur pied d'un certain nombre d'études dont les résultats seront envoyés au Ministère de la santé nationale et du bien-être social de façon à ce qu'ils soient disponibles aux chercheurs et aux savants qui travaillent au Ministère. Nous avons déjà fait parvenir à votre Ministère des exemplaires de tous les mémoires soumis aux audiences publiques.

Vous agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.



Emmett M. Hall

Traducteur: R. Gauthier, Professeur

Photocomposition: Comtype Word Processing Services Ltd. et  
Aviation Training Systems Ltd (section de l'imprimerie)

Imprimeur: Craft Litho Ltd.

Relieur: Universal Bindery (Sask.) Ltd.

Saskatoon, Saskatchewan.

**Le programme de santé  
national et provincial  
du Canada  
pour les années 1980**





**Le programme de santé  
national et provincial  
du Canada  
pour les années 1980**

---

*Engagement au renouvel*

---











